MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

ASSE

**Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 10 de setiembre de 2013**

(Sin corregir)

PRESIDE: Señor Representante Daniel Bianchi.

MIEMBROS: Señores Representantes Antonio Chiesa Bruno, Ivonne Passada, Daniel Radío y Berta Sanseverino.

DELEGADOS DE SECTOR: Señor Representante Javier García.

ASISTEN: Señores Representantes Amin Niffouri, Ricardo Planchon Geymonat, Carlos Gamou, José Bayardi, Edgardo Rodríguez y Walter Verri.

INVITADOS: Por el Ministerio de Salud Pública: señora Ministra doctora Susana Muñiz; Subsecretario, Profesor Leonel Briozzo; Directora General de la Salud, doctora Marlene Sica; Directora General del Sistema Nacional Integrado de Salud, doctora Elena Clavell; Presidente del Fondo Nacional de Recursos, doctora Cristina Mier; Daniel González y José Luis Varela, del Departamento de Comunicaciones.

Por la Administración de los Servicios de Salud del Estado: Presidente del Directorio, doctora Beatriz Silva; Vicepresidente del Directorio, doctor Enrique Soto; Representante de los Usuarios en el Directorio, señor Wilfredo López; Gerente General, doctora Alicia Ferreira; Adjunta a Gerencia General, doctora Victoria Lafluf; Gerente Asistencial, doctora Gabriela Medina; Directora de Unidad de Negociación, doctora Cecilia Greif, y asesores.

SEÑOR PRESIDENTE (Bianchi).- Habiendo número, está abierta la reunión.

Está en discusión el proyecto sobre "Alimentación saludable en los centros de enseñanza. (Normas para su promoción)".

SEÑOR RADÍO.- Quiero formular un comentario.

Creo que el literal D) del artículo 2º, que establece: "Incorporar alimentos aptos para celíacos y diabéticos como forma de promover la equidad también a este nivel", es incorrecto. Si alguien es diabético o celíaco, debe comer alimentos específicos; no se trata de incorporarlos. Y si no es diabético ni celíaco, tampoco debe hacerlo. No es un problema de hábitos sino de prescripción médica. Por ello el enunciado me parece incorrecto.

Por otra parte, el segundo inciso del artículo 3º establece que: "El Ministerio de Educación y Cultura incluirá en el sistema educativo el tema de los hábitos alimenticios saludables (...)", y no sé cómo funcionará esto en relación con la autonomía.

SEÑOR GARCÍA.- El literal D) del artículo 2º encierra la voluntad de asegurar que en las cantinas escolares haya alimentos y bebidas aptos para celíacos.

SEÑOR PRESIDENTE.- Habría que eliminar la parte que dice "a los hábitos alimenticios".

SEÑOR GARCÍA.- Estoy de acuerdo.

(Diálogos)

En cuanto al segundo inciso del artículo 3º, advierto que algo muy similar fue incluido en la ley de regulación de la marihuana y quizás sea bueno votarlo así. De lo contrario, podríamos estar demorando un proyecto de ley que si votamos como viene perfectamente se podría modificar después. Así evitamos todo el trámite de la Asamblea General.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se va a votar si se aprueban las modificaciones introducidas por el Senado.

(Se vota)

—— Cinco por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

(Ingresan a Sala autoridades de ASSE y del Ministerio de Salud Pública)

SEÑOR PRESIDENTE.- La Comisión de Salud Pública da la bienvenida a una delegación del Ministerio de Salud Pública, integrada por la señora Ministra, doctora Susana Muniz; el Subsecretario, profesor doctor Leonel Briozzo; la Directora General de la Salud, doctora Marlene Sica; la Directora General del Sistema Nacional Integrado de Salud, señora Elena Clavell; la Adjunta de la Ministra y Presidenta del Fondo Nacional de Recursos, doctora Cristina Mier, y los integrantes del Departamento de Comunicación, doctores Daniel González y José Luis Varela.

También tiene el gusto de recibir a una delegación de ASSE, integrada por la señora Presidenta del Directorio, Beatriz Silva; el señor Vicepresidente, doctor Enrique Soto; el representante de los usuarios, señor Wilfredo López; la señora Gerente General, doctora Alicia Ferreira; la señora Adjunta a la Gerencia General, doctora Victoria Lafluf; la Gerenta Asistencial, doctora Gabriela Medina; la Directora de Unidad de Negociación, doctora Cecilia Greif, y asesores.

SEÑOR GARCÍA (don Javier).- El motivo original de la convocatoria que habíamos solicitado tiene que ver con el conflicto laboral que se desarrolla en los hospitales de ASSE. La realizamos en momentos en que estaban ocupados el Hospital Vilardebó y el Hospital de Ciudad del Plata, lo que nos generó una preocupación que creo es de absoluta lógica: consideramos que la ocupación de un hospital es un hecho muy grave. Digo de un hospital, porque ese fue el caso, pero lo es para los centros de salud en general.

Hace pocas semanas, cuando se produjo un conflicto en la educación, se expresó por parte del Presidente de la República o alguna otra autoridad importante que la ocupación de una escuela era grave. Obviamente, mucho más grave aún es que un hospital esté ocupado. A ninguno de los que estamos alrededor de esta mesa o en esta Sala nos gustaría estar internados cuando las autoridades del centro de salud no estuvieran a cargo.

A la incertidumbre que genera todo proceso de enfermedad, se le está agregando la de no saber bajo el mando de quién está el hospital, quién es la autoridad competente, quién toma las decisiones, quien evalúa si se esté actuando bien, quién suple la eventual -y no tan eventual- ausencia de funcionarios que tengan responsabilidades en un centro de salud. La verdad es que cualquiera de nosotros que estuviera en esa situación, internado en un hospital o en una mutualista, no estaría pasándola bien, porque se agregaría a la situación de enfermedad un grado de preocupación muy importante, que, además, atenta contra la normal asistencia de la salud.

La situación es por definición anormal y la conclusión de una situación de anormalidad es que atenta contra el proceso de atención de la salud. El grado dependerá de las circunstancias concretas, pero, en todo caso, es una situación grave por sí misma.

La preocupación que queremos plantear al Ministerio tiene que ver con la actitud que adoptará el Gobierno con respecto a la ocupación de hospitales, porque nos parece que no se debe seguir permitiendo que tablecimientos. Esto no tiene que ver con la legitimidad de los reclamos: pasa por otro carril. Nadie discute que los reclamos gremiales pueden ser legítimos, pero mi planteo pasa por la necesidad de que se garantice la adecuada atención de las personas y por el reconocimiento de los límites que tienen los reclamos en algunas áreas muy sensibles de la vida de un país, entre las que la salud ocupa el primer lugar.

En ese sentido, cualquier medida gremial -por legítima que sea— que pueda poner en riesgo la salud de un paciente resulta ilegítima desde el punto de vista conceptual y no puede ser admitida.

Insisto: queremos saber qué actitud adoptará el Ministerio, sobre todo, porque en el conflicto del Hospital Vilardebó se desarrolló un proceso muy largo, que llevó unas dos semanas desde que el establecimiento fue ocupado hasta que se decretó la esencialidad, y luego, no se procedió como legalmente correspondía, porque no se hizo cumplir la orden de la autoridad legítima, que ese caso era el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, en términos generales, el Gobierno.

Sabemos que por estas horas se está desarrollando un proceso que incluye la eventualidad de que comience otra huelga, más allá de la decisión del Gobierno en el sentido de mantener la declaración de esencialidad; parece extraño que se mantenga por las dudas. No quiero usar ninguna calificación; solo diré que, en buena medida, esto habla de un deterioro del ejercicio de la autoridad legítima, porque si uno no puede garantizar la atención por los mecanismos normales, habituales, sino que debe aplicar una medida extrema, obviamente, hay una distorsión de la autoridad.

Dado que estamos ante una situación muy particular, pensamos que debe haber una explicación; por eso, hicimos la convocatoria, no prejuzgamos. De todos modos, queremos insistir en la gravedad del episodio, la lentitud con que se reaccionó y la falta de autoridad que se mostró en esos días, lo que puede haber tenido sus consecuencias.

Por otro lado, suponemos que -aunque de esto se habla poco- la señora Ministra tiene conocimiento de que los funcionarios del Hospital Vilardebó que no acompañaron las medidas gremiales de ocupación fueron agredidos; todos lo vimos a través de los medios de comunicación. Lo planteo en estos términos, porque ¡vaya si es una agresión que los funcionarios sean insultados cuando ingresan a su lugar de trabajo! Nos gustaría saber si en virtud del clima que se generó, la señora Ministra maneja la posibilidad de tomar algún tipo de medida

¿Las autoridades tomarán algunas precauciones para que no haya represalias contra quienes, también muy legítimamente, decidieron no acompañar la medida de ocupación?

Estas son las dos preguntas con las que quería empezar

Luego, le formularé alguna concreta a la señora Presidenta del Fondo Nacional de Recursos, porque nos interesaría saber qué actitud se tomará con respecto a la aprobación de la apertura de un centro cardiológico para el centro del país. La cuestión es que se informó que se abrirá otro IMAE cardiológico en Montevideo, en el Hospital Militar, que creemos que es el séptimo que se instala en la capital. Sería de justicia y respondería a una gran necesidad que se procediera a la apertura de un centro de este tipo en el norte del país. Ya hay dos solicitudes para instalar centros cardiológicos: en Tacuarembó y en Salto, donde estuve este fin de semana y sé que se ha hecho ese reclamo. Todos sabemos que las posibilidades de vivir dependen de la

calidad de la atención y que la situación de un evento coronario se multiplica varias veces -más de diez- si la distancia que media entre el evento coronario y la atención es corta. Compartimos con el Presidente la afirmación de que hace falta buscar mecanismos para el interior pero, contrario a ello, se siguen abriendo centros en Montevideo.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- No voy a profundizar en los motivos del conflicto, porque me parece que no hacen al objeto de esta reunión. Comenzaré por relatar cronológicamente cómo fueron las negociaciones entre ASSE y la Asociación de Funcionarios de Salud Pública con los que los Ministerios de Trabajo y Seguridad Social y de Salud Pública mantuvieron una actitud de garantes y de negociadores.

Antes de la ocupación se inició un proceso de negociación, que se fue dando en forma permanente, a través de reuniones en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, con determinadas medidas, que fue tomando la Federación de Funcionarios de Salud Pública en diversas instancias.

Como ustedes saben, previo a la ocupación del Hospital Vilardebó, se dio la ocupación del Centro de Salud Jardines del Hipódromo. Cuando ocurre una ocupación en un centro de este tipo se procede a elaborar un acta con escribanos actuantes, y así se hizo. Luego, se convocó a desalojar. En una primera instancia, los funcionarios hicieron una asamblea y rechazaron la desocupación. Más tarde se los volvió a intimar y desocuparon normalmente.

Así fueron todas las negociaciones, por lo tanto, todo hacía prever que en el Hospital Vilardebó se iba a dar de la misma manera. Por eso tengo que decir que, si bien es cierto que la ocupación del Hospital Vilardebó fue anunciada, pensamos que se iba a generar en el mismo clima que en el Centro de Salud Jardines del Hipódromo.

Como ustedes saben, se les intimó a desocupar varias veces el Hospital Vilardebó, lo que jamás acataron los funcionarios. La primera actitud del Ministerio fue una actitud vigilante, marcando la autoridad. Como bien se dijo, los servicios esenciales son todos aquellos cuya interrupción puede poner en peligro la vida. Por lo tanto, el Ministerio de Salud Pública se encargó de estar atento y fiscalizar el funcionamiento de dicho servicio. En todo momento estuvieron concurriendo los fiscalizadores -inclusive, algunos días se realizó más de una fiscalización- y se tomó la decisión de no desalojar. ¿Por qué? Porque el Ministerio de Salud Pública es la autoridad sanitaria, pero no es represiva y respeta la libertad, la autonomía sindical y el derecho de huelga. Y, además, por ser un hospital tan particular, por los pacientes que están allí, se debe seguir una política de reducción de riesgos. Cualquier aspecto que motivara un cambio en la rutina de estos pacientes podía ser peligroso para su salud. Repito: no había ningún servicio que no se estuviera cumpliendo, y así figura en los informes de los fiscalizadores. Se fiscalizó la limpieza, el aseo de los pacientes, la toma de la medicación, las consultas en la emergencia y también la cantidad de personal que estaba. En el informe de la fiscalización, realizada por la doctora Carmen Aranco y la Licenciada en Enfermería Margarita Ayala, figura que la adaptación de personal no difiere de la que habitualmente hay en la institución y que, al realizar la recorrida por la institución, no se constatan irregularidades en la prestación de los servicios. Por lo tanto, se entendió que la autoridad debería seguir vigilante, estar siempre a la orden y mantener una política de reducción de riesgos, no alterando las rutinas de estos pacientes.

Pocos días después, ante el conocimiento de determinadas situaciones que impresionan que no pueden ser manejadas por las autoridades de la Federación de Funcionarios de Salud Pública y algunas declaraciones de abandonar los servicios, el Directorio de ASSE resuelve solicitar la medida de esencialidad al Ministro de Trabajo, Eduardo Brenta, en el entendido de que el derecho constitucional de huelga debe limitarse para poder seguir cumpliendo las tareas normalmente. La limitación consiste en la necesidad de mantener la atención de esos servicios que no pueden interrumpirse.

Omití decir que, a través de una declaración, algunos funcionarios de la Federación de Funcionarios de Salud Pública nos hicieron saber que si se los desalojaba dejarían los servicios descubiertos. Eso fue lo que motivó al Directorio a realizar la solicitud de declaración de esencialidad. Es cierto que en el medio hubo un evento adverso, pero también pudo haber ocurrido estando presente la Dirección del Hospital. En este sentido, corresponde decir que no responsabilizamos a la Federación de Funcionarios de Salud Pública. Pero es verdad que, en ese momento, también necesitamos que la Dirección volviera para hacerse cargo del tema.

Como bien se dijo, inmediatamente después de declarada la esencialidad, los funcionarios no desalojaron en forma espontánea, como era nuestro deseo. Fue así, entonces, que la resolución del Directorio de ASSE fue mandar unos telegramas en los que se establecía una serie de sanciones para aquellos funcionarios que no cumplieran con la esencialidad.

Es cierto lo que se dice con respecto a que en el día de hoy hubo una asamblea en la que, por parte de ellos, se dejó sin efecto la fecha de inicio de la huelga, y se sigue negociando. Esa es la verdad.

Ahora bien, me parece que ese no era el objetivo de la convocatoria sino, precisamente, el porqué de la esencialidad y por qué no se declaró antes. Como ya dije fue porque nosotros somos la autoridad sanitaria; una autoridad competente y responsable en esa materia y respetuosa del derecho de huelga de los trabajadores, pero también vigilante de los derechos de los usuarios. Los usuarios no habían sido alterados hasta el momento en que se realiza el anuncio de que dejarían los servicios descubiertos. Es por eso que se genera la esencialidad, evitando todo riesgo posible para los usuarios.

En el caso de Cuidad del Plata ocurrió lo mismo. Hubo un anuncio de dejar los servicios descubiertos. Y cuando dicta la resolución de esencialidad es para todos los servicios de ASSE, por entender que todos los servicios hospitalarios son esenciales, incluyendo el primer nivel de atención, tanto la limpieza como la conserjería y la vigilancia.

Quiero dejar en claro que siempre hubo autoridad -de esto nos hacemos cargo-, no represiva, sino responsable, vigilante y respetuosa de los derechos sindicales, velando por la salud de los usuarios.

Con respecto a cómo se siguió después, cuando se incorporaron los funcionarios que no habían ocupado, la doctora Graciela Alfonso, Directora del Hospital Vilardebó, estableció que de acuerdo con el Jefe de Enfermería se realizaron reuniones conjuntas con Licenciados auxiliares en los turnos de la mañana y de la tarde, con el propósito de facilitar la adecuada integración entre funcionarios que ocuparon y no ocuparon el Hospital. También determinó que se generó un intercambio, en el que quedaron verbalizados dichos y acciones interpersonales que se trabajaron grupalmente de manera favorable. Asimismo, estableció que se mantuvo reunión con integrantes de la Comisión interna y el personal de enfermería del turno de la tarde. Destacó que el equipo de gestión continúa dispuesto a promover un ambiente de respeto y tolerancia.

Hasta dónde estamos informados, se sigue trabajando en la integración de todos los funcionarios, tratando de generar un clima adecuado de trabajo. Sabemos que en esto, el Directorio de ASSE ha estado vigilante.

SEÑORA SILVA.- Desde el año pasado, con motivo de otras ocupaciones que ocurrieron en los centros, ASSE tiene un instructivo de cómo hacer la constatación, las actas de ocupación y desocupación y la comunicación inmediata al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social para que, en el marco del Decreto Nº 354 de 2010, se proceda a la desocupación. Si esto no ocurre, se comunica al Ministerio del Interior, que concurre a instar a los ocupantes al abandono de los lugares.

El año pasado, cuando se ocupó el centro de Jardines del Hipódromo y el Hospital de Mercedes, este fue el procedimiento que se aplicó. Los trabajadores hicieron las asambleas de discusión del tema y desocuparon estos centros en el correr de la mañana o de la tarde.

Desde nuestra posición, nada hacía esperar que este ejercicio del derecho de huelga se llevara a cabo en este acuerdo de reclamo y de toma de decisión por parte de la Administración. Por lo tanto, pensamos que esto también iba a ocurrir en estos dos centros.

En el caso concreto del Hospital Vilardebó, la ocupación se efectivizó el 6 de agosto. Desde ahí hasta el día 20, cuando ASSE solicita declarar servicios esenciales a todos sus servicios, se mantiene la relación con los responsables de la Comisión interna y con los responsables sindicales que estaban al frente de la ocupación, entre otras cosas, para asegurar que la provisión de medicamentos y material y la reparación del sistema informático, que tuvo dificultad para la entrega de medicamentos, ocurriera, como en otras ocupaciones previas, inclusive en muchos años anteriores, a efectos de asegurar la debida atención de los usuarios. El día 20 de agosto se solicita la declaratoria de servicio esencial, teniendo en cuenta el riesgo que existía ante el planteamiento del sindicato de abandonar los puestos de trabajo durante la desocupación por parte del Ministerio del Interior.

Allí había situaciones con grados de gravedad muy diferentes. Por un lado, estaba el Centro de Salud de Ciudad del Plata, con puerta de emergencia y alguna cama de observación y, por otro, el Hospital psiquiátrico Vilardebó, con trescientas camas, en el que los pacientes se integran mucho a la vida de lo que está ocurriendo; son los mismos trabajadores que los atienden. Nosotros evaluamos desde el punto de vista asistencial el enorme riesgo que existía al poder generarse situaciones de violencia, aunque se dieran fuera del Hospital Vilardebó, y por eso fuimos muy enfáticos en buscar todas las medidas de diálogo para que esa situación no ocurriera. El riesgo de ese Hospital es bien distinto al de otros hospitales.

El 21 de agosto, el Directorio resuelve instar a todos los trabajadores a que se presenten a sus puestos de trabajo, en el marco del decreto de esencialidad, para cumplir con las directivas y, el 22 de agosto, emite una resolución en la que se ponen sanciones a aquellos trabajadores que decidan incumplir con el decreto de esencialidad, que supone que todos los trabajadores públicos del lugar tienen que presentarse a trabajar en sus turnos y lugares habituales. Esto no solo se estableció en la resolución del Directorio, sino en algunos telegramas que enviamos, fundamentalmente en el área de Canelones

El día 23, se desocupa el Hospital Vilardebó y el centro de Ciudad del Plata.

Con respecto a nuestra posición en el ámbito del Directorio -esto lo estamos viendo en cada una de las semanas, luego de la declaratoria de esencialidad-, hemos discutido cuándo están desde ASSE las condiciones para que nosotros solicitemos al Ministerio de Salud Pública, y a través de este al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, que deje sin efecto el decreto de esencialidad. Sin duda, con una declaratoria de un plenario nacional de delegados que definía que para el día 10 iba a haber una huelga general, no estaban dadas las condiciones para que dispusiéramos que el decreto de esencialidad no era pertinente. En el día de ayer, el plenario de delegados resolvió -la señora Ministra recibió la comunicación minutos antes de venir acá- suspender la medida de huelga. Por ende, tanto el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social como el Directorio deberemos tomar una postura. Nuestra decisión fue mantener el servicio declarado esencial, en tanto existía esa declaratoria del plenario nacional de delegados.

La preocupación de los ocupantes y de los no ocupantes la tenemos permanentemente. La tuvimos durante el período de la ocupación, por lo que habilitamos -así como en otros años- en el departamento de recursos humanos de la oficina central de ASSE la posibilidad de que cada trabajador que no estuviera de acuerdo con la ocupación y quisiera presentarse a su lugar de trabajo, pero que no lo pudiera hacer porque el hospital estaba ocupado, quedara registrado. Como creímos que esto iba a ser por pocos días, no tomamos la decisión inmediata de asignar una nueva función a esas personas que manifestaban que no estaban de acuerdo con la ocupación. Por lo tanto, les dijimos que estuvieran a la orden y que los íbamos a llamar. Cuando pasaron algunos días, el Director de Salud Mental, la Gerencia Asistencial y la Gerencia General presentaron al Directorio una propuesta para asignarles tareas, fundamentalmente de campo, a los distintos tipos de persona que habían manifestado esa posición.

Con respecto al equipo de gestión y al personal administrativo, debo decir que mantenían su función desde las oficinas centrales de ASSE. Los asistentes sociales habíamos definido, con una propuesta técnica, hacer actividades de campo, extramuros, y también algunas visitas a los pacientes, con auxiliares de enfermería, tratando de asegurarles el derecho al trabajo.

En el año 2010 -yo estaba en un hospital- se resolvió que algunos trabajadores de los conflictos de aquella época fueran a cumplir funciones a otros hospitales. Como esto era por poco tiempo, muchas veces complicó al hospital que recibía a los funcionarios -salvo que brindara los mismos tipos de servicio- y, también, al trabajador. Por esa razón, decidimos no tomar esa medida.

Por otra parte, debemos decir que es permanente la preocupación relativa a la integración del equipo de atención luego de estos eventos que generaron, sin duda, enfrentamientos fuertes de los grupos de personas. La recuperación del equipo de trabajo es mucho más difícil y lleva más tiempo que la ruptura de las relaciones; es decir: se rompe más fácil y se recupera más lento. Tal como comentó la señora Ministra, el equipo de gestión y la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables están buscando distintas alternativas en este sentido, como reuniones por turno y por colectivo de trabajadores. También están trabajando en el marco de un convenio que hay con la Facultad de Psicología para recomponer el ámbito del equipo cuando ocurren situaciones de conflicto como esta, cuando suceden muertes, etcétera. Entonces, compartimos esta preocupación.

Además, estamos haciendo el máximo esfuerzo para salvaguardar a aquellos que decidieron no ocupar, que tienen el derecho a mantener su trabajo con seguridad y tranquilidad. Estamos compartiendo minuto a minuto esa preocupación para asegurar, desde nuestro rol, que el derecho de todos se preserve.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- Con referencia a este tema, quiero decir que para nosotros ha sido muy efectiva la medida -que no nos gustó tomar- de informar por telegrama que de no cumplirse con la esencialidad se tomarían medidas. Nos dio más autoridad que la medida de desalojar, que podía generar distorsiones a los usuarios con patologías psiquiátricas.

En referencia al Instituto de Medicina Altamente Especializado de Tacuarembó, debemos decir que estamos trabajando para habilitarlo. Algunos informes del Ministerio de Salud Pública hablaban de una no viabilidad económico-financiera, por lo cual requería un soporte. Estamos trabajando para que ese soporte sea dado a través de la red de efectores públicos. Si ustedes quieren, podemos ampliar esta información o enviarles material al respecto.

Ahora, voy a referirme al IMAE de Salto. En una oportunidad en la que estuve en Salto, quienes supuestamente lo solicitan, me hablaron del tema. Nos comunicamos con ellos pero lo cierto es que nunca ingresó un expediente al Ministerio de Salud Pública. Entonces, no podemos autorizar y ni siquiera emitir opinión sobre un expediente que no existe. Seguramente, ellos hayan entregado hojas -como las que a veces recibimos cuando recorremos el interior- y hayan pensado que eso era la presentación de un proyecto. Reitero: formalmente esa propuesta no ingresó jamás.

SEÑOR GARCÍA.- Quiero separar los tantos con respecto a las preguntas y a las respuestas de las autoridades.

En primer lugar, acá el derecho de huelga no tiene nada que ver. Me parece que hay una mezcla de conceptos. No estamos hablando del ejercicio del derecho de huelga; estamos hablando de la aplicación de la ley, que es obligación del Gobierno, de este y de cualquier otro. Existe una norma que prohibe la ocupación de lugares públicos. Eso es derecho positivo; es una iniciativa de este Gobierno, es decir, de este mismo partido. Entonces, no se trata de respetar o no el derecho de huelga sino de cumplir o no la ley. Uno podrá tener opinión A, B o C, ser hincha de un cuadro u otro, pero tiene que respetar la ley. Esto no pasa por la discrecionalidad del jerarca. Por el contrario, el jerarca es responsable por no cumplir la ley. Entonces, señora Ministra, esto no tiene nada que ver con el derecho de huelga; no tiene absolutamente nada que ver. El Ministerio estuvo omiso en cumplir la norma; precisamente, ese es el motivo de la convocatoria. No tiene nada que ver la opinión que tenga sobre el derecho de huelga. Es más: en nuestra intervención dijimos que era independiente de la legitimidad. Los reclamos van por otro carril. Se podrá estar de acuerdo o no; eso no importa. Lo que importa es cuidar la salud del paciente.

Voy a relatar otro hecho para que se den cuenta de la diferencia que existe entre ambos.

En los mismos días en que estuvo ocupado el Hospital Vilardebó, ocuparon la Dirección de Educación Secundaria, en la Ciudad Vieja. Se trata de una dirección administrativa; allí no se imparten clases. El Gobierno la desocupó en horas: de una tarde a una noche. ¿Por qué? Porque está obligado por ley. Estamos hablando de la diferencia de circunstancias y de peligros. En este caso, no se custodió como se debía. La ocupación de un hospital o de un centro de salud es un evento grave, que pone en riesgo la salud de los pacientes que están internados allí.

Por lo tanto, esto no pasa por las consideraciones personales o ideológicas que cada uno de los que estamos acá podamos tener sobre un tema en particular, sino por cumplir o no la ley. Eso fue lo que llevó a que planteáramos que hubo una brecha de quince días en la que existió una situación prohibida por la ley. La norma prohibe la ocupación de lugares públicos. Los Diputados que estaban en la legislatura pasada recordarán que la discusión era por qué solo se hacía mención a los lugares públicos y no a los privados.

Lo concreto es que la ley prohibe la ocupación de lugares públicos, ya sea la Torre de las Comunicaciones -que tenemos aquí cerca-, la Facultad de Medicina -que está a nuestras espaldas-, el Hospital Vilardebó -que está a unas cuadras más atrás- o el Instituto Nacional de Alimentación. Eso no tiene nada que ver con la opinión que cada uno pueda tener sobre el ejercicio del derecho de huelga; a propósito, advierto, soy el más apegado a él.

En segundo término, creo, señora Ministra, que no se puede sostener con mediana fortaleza que hubo autoridad en el Hospital Vilardebó. Se dijo que siempre hubo autoridad. No fue así, señora Ministra. No hubo autoridad, porque la autoridad no se ejerce por control remoto; no se ejerce de la reja para afuera. Las autoridades legítimas no estaban. Tanto es así, que el Ministerio y ASSE pidieron al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social que decretara la esencialidad para volver a tener normalidad en el Hospital. No se puede sostener lógicamente que en un hospital ocupado, con las rejas cerradas, con el gremio haciendo una guardia que impedía el ingreso, hay autoridad. Inclusive, todos vimos por la televisión que la escribana que mandó la señora Ministra "rebotó" en la puerta; llegó hasta la puerta y "rebotó". Luego, fue al casco del Ministerio y dijo: "Señora Ministra: no pude entrar". Si la autoridad hubiera existido, esa escribana hubiera entrado. La prueba de que no entró es que hubo que decretar la esencialidad y que las autoridades no podían ejercer

La verdad es que la propia acción del Ministerio no va de suyo con la afirmación que hizo la señora Ministra. Usted dijo que siempre hubo autoridad. Yo digo que no hubo autoridad; nunca la hubo. Ese es el motivo de que hayamos hecho esta convocatoria. Además, queremos prever que no vuelva a suceder, por las consecuencias que puede tener.

También quiero hacer una anotación al margen. Los profesionales, sobre todo de la medicina, tenemos tendencia a poner nombres complejos a cosas que son simples. Entonces, yo corregiría la expresión: no hubo un evento adverso; hubo una paciente quemada. Digamos las cosas por su nombre, porque a veces los términos suavizan situaciones que son graves. Este no es un evento adverso; si yo fuera familiar de esa persona, no lo consideraría así. El hecho de que una paciente se queme adentro de un hospital ocupado fue una tragedia, no un evento adverso. Reitero que esta es una anotación al margen.

Lo otro que quiero expresar va dirigido a la doctora Beatriz Silva, Presidenta de ASSE. Ella relataba que vieron la situación, junto al Director de ASSE, con cierto grado de sorpresa -no quiero usar un calificativo que pueda sonar agresivo- por la duración que tuvo; pensaban que sería por un día. Inclusive decía que a los funcionarios que querían trabajar no los habían reasignado por creer que era cuestión de horas o de un día. Pero, el Director de ASSE tenía un representante de los ocupantes en el Directorio. El señor Silva es representante de los ocupantes, porque es representante de la Federación de Funcionarios de Salud Pública, y todos conocemos su actitud. Entonces, la sorpresa la tiene uno, de este lado, al ver que no preguntaron al señor Silva cuánto duraría la ocupación. ¡Si él es representante del gremio que estaba ocupando! ¡Si yo lo hubiera tenido al lado, le hubiese preguntado! Todos conocemos esa situación tan particular, que se ha discutido varias veces, de esta representación. Pero eso no importa; no es el tema de hoy.

La pregunta es más concreta. Si tengo ahí a uno que está ocupando le digo: "Jefe, cuénteme: ¿cuándo se van a ir? ¿Esto va para mucho o para poco, porque tenemos que decidir?". Además, este señor al que se debió preguntar también tiene que tomar la decisión de decretar la esencialidad y está obligado —lo reitero: obligado- a no permitir la ocupación de un lugar público, en este caso un lugar público sobre el que tiene autoridad: un hospital. Esto es parte de la particularidad de la situación. Estas son reflexiones sobre las respuestas.

No me quedó claro —y me gustaría una breve ampliación al respecto- cuál será la actitud. La Presidenta de ASSE comentaba con respecto al día de hoy, la permanencia de un decreto que fue hecho para otras circunstancias. Nos parece que cuando se nos muestra es una señal clara de falta de autoridad. Si para hacer funcionar con normalidad una institución uno tiene que andar amenazando... La amenaza no es parte del ejercicio de la autoridad. La autoridad se ejerce legítimamente, sin amenazas. Esa es la autoridad legítima, democrática. Me gustaría saber cuál será el futuro inmediato en ese sentido.

En cuanto a los centros cardiológicos de Salto y de Tacuarembó, la anotación de la señora Ministra es que este trámite aparentemente siguió otros carriles que no son los habituales. Lo que queda claro es que antes de habilitar un nuevo centro cardiológico que participa de aquella paradoja de las seis o siete cuadras a la redonda del Obelisco —uno más allí-, habría que habilitar uno al norte del Río Negro, donde los pacientes pueden perder la vida o sufrir perjuicios graves en su salud por no contar con un IMAE de estas características.

Todos sabemos que el costo efectividad es un elemento sustantivo en las políticas públicas. También es verdad, y todos lo sabemos, que muchas veces hay que tomar decisiones que hacen que la ecuación costo efectividad no cierre perfectamente. Hay que tener en cuenta los resultados de salud -este es el típico caso en el que se adoptan estas resoluciones-, porque el costo efectividad de un paciente que se muere al norte del

Río Negro por no tener un IMAE al cual acceder en una hora o menos es otro. Explicar lo del costo efectividad frente al millón y medio de personas que vivimos en Montevideo, que tendremos en ocho cuadras a la redonda del Obelisco un octavo Instituto de Medicina Altamente Especializada en lo cardiológico, es otra cosa. No quisiera estar en la piel de la autoridad que deba explicar esto al familiar de quien sufre esta situación.

Insistimos: nos parece absolutamente imperioso, de justicia, de política pública descentralizadora, de coherencia con el discurso respecto a la salud en el interior, que antes de cualquier aprobación en Montevideo se apruebe el IMAE en el norte del Río Negro. Hacer lo contrario es una contradicción flagrante que tira por tierra todos los discursos acerca de la descentralización de la salud.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- Hay un tema de apreciaciones. La autoridad sanitaria tiene que ver con vigilar la situación sanitaria que se vivió en el hospital. Por lo tanto, aquí no hubo servicios que no funcionaran. Los servicios se cumplieron normalmente hasta el momento en que se solicitó la esencialidad. La vigilancia se ejerció en todo momento desde la fiscalización, no por la fuerza. Por lo tanto, no entendemos ni compartimos la aseveración de que no hubo autoridad sanitaria. La autoridad sanitaria estuvo en forma permanente. Sí creemos que frente a la resolución del día de hoy, seguramente el Directorio de ASSE se reúna mañana y evalúe si se continuará o no con la esencialidad. Desde nuestra parte, trabajaremos en la prevención de conflictos y en la evaluación caso a caso ante algún anuncio de ocupación. Eso con respecto al conflicto.

En cuanto al IMAE de Tacuarembó, creo haber sido clara: el IMAE de Tacuarembó se habilitará, pero necesita cierto soporte, cierto sostén que no podemos darle mientras no funcionen los otros IMAE públicos. Por lo tanto, se habilitará y se le dará soporte para que funcione.

SEÑOR GAMOU.- Señor Presidente, señora Ministra de Salud Pública: espero que algún día —yo seguramente no esté- los Diputados se refieran de la siguiente manera: "Señora o Señor Ministro de Salud".

Lo que quiero expresar es que con el diario del lunes, todos opinamos. Es más: mañana seguramente todos opinen sobre cómo le fue a Uruguay.

Voy a comenzar dándole un palo a la señora Ministra de Salud Pública. Yo creo que se tiene que poner de acuerdo con el señor Ministro de Educación y Cultura. Tenemos ochocientos o novecientos títulos de auxiliar de enfermería trancados en el Ministerio de Educación y Cultura porque no ponen más funcionarios. Esto para que vea que no soy un servil. Si precisamos auxiliares de enfermería, pongan más funcionarios.

Por otra parte, veo lo que es la convocatoria. Voy a hacer preguntas, aunque también tengo algunas reflexiones.

Cuando uno analiza la política sanitaria de este Gobierno no se puede basar en algún que otro caso. En Uruguay hay durante el mes cientos de miles de interacciones médicas; al cabo del año, millones de interacciones médicas. Algunas veces, algunas salen mal pero, ¡oh, casualidad!, las que aparecen en la prensa son las que corresponden a ASSE. Tanto es así que me atrevería a decir que mañana las aseguradoras cobrarán más a los médicos de ASSE que a los de las mutualistas privadas. No es así como tenemos que juzgar un sistema de salud; no es confundiendo ejercicio de autoridad con autoritarismo. Porque salió bien hoy, íbamos a tener una huelga en salud pública; la íbamos a tener. No la tenemos; no estamos en la década del setenta ni a principios de la década del ochenta. Por eso decía que es fácil hablar del partido con el diario del lunes. El ejercicio de la autoridad no significa autoritarismo.

Las grandes preguntas que nos tendríamos que hacer son: ¿Qué ha significado el nuevo sistema de salud para el país? ¿Cuántas mutualistas se fundieron durante la aplicación de este nuevo sistema de salud? De pronto, lamentablemente, se produjeron errores médicos. ¡Claro que se produjeron errores médicos! Pero no solo en ASSE; tengo entendido que también se producen en mutualistas privadas. Por eso los médicos están que trinan con las aseguradoras, porque cada vez les cobran más caras las pólizas de los seguros.

Me pregunto si no habrá algún indicador un poquito más objetivo como, por ejemplo, la forma en que ha evolucionado la mortalidad infantil.

Por otra parte, ¿qué resultado ha dado la atención a la embarazada no solo en cuanto a su salud sino a la del niño recién nacido?

Tendría mil preguntas para formular pero lo que quiero decir a la señora Ministra —más allá del palo porque está demorando mucho el trámite para los auxiliares de enfermería, que tanta falta hacen- es que también el sindicato Médico se debe poner las pilas. Eso no es responsabilidad de la señora Ministra.

Afortunadamente, tenemos un Sistema Nacional Integrado de Salud. ¿Sabe qué pasa? Hoy, a cualquier persona asmática que está por fuera del sistema, comprar un Serflu en el mejor de los casos en una farmacia le cuesta $ 1.060. Felizmente, tenemos a prácticamente toda la población uruguaya cubierta por ASSE o por Salud Pública. Afortunadamente, hemos convencido a las madres —fui abuelo hace poco- de que tienen que amamantar pero, además, se ha obligado al mutualismo a entregar el complemento a un precio francamente aceptable.

No quiero venir aquí con las malas noticias. Es cierto que hubo dos accidentes —en Paysandú y en Paso de los Toros, como en otros lados- pero también hubo cientos de miles —¡cientos de miles!- de interacciones médicas que fueron exitosas. Por lo tanto, señora Ministra de Salud Pública —espero que pronto sea Ministra de Salud-, mi pregunta final es: ¿globalmente, como Ministra de Salud y como principal autoridad política de la salud del Uruguay, considera que la salud de los uruguayos está hoy mejor o peor que antes de implantarse este sistema?

(Diálogos)

SEÑOR GAMOU.- Disculpe, señor Presidente, si me fui del tema, pero me parece que si estamos en la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social, podemos hablar de la salud. Si quiere, elimine de la versión taquigráfica todo lo que dije.

SEÑOR PRESIDENTE.- No entendió, señor Diputado.

Es costumbre de la Comisión, cuando hay varios convocantes a las autoridades, ir tratando cada tema, porque si los mezclamos, no terminamos más. De todas formas, tiene derecho a hablar y por eso le concedí el uso de la palabra.

SEÑORA PASSADA.- En primer lugar, quiero saludar a las autoridades del Ministerio de Salud Pública y de ASSE, sobre todo, teniendo en cuenta los temas que a diario tienen que abordar a nivel nacional.

Quiero referirme a algunos de los planteos del colega Javier García. El tema de las ocupaciones de los edificios públicos no está en una ley sino en un Decreto del año 2010 que surge porque en el año 2006 se deroga otro Decreto -del Gobierno de Jorge Pacheco Areco- que limitaba el derecho a huelga y sacaba a la fuerza a los trabajadores que hacían uso de la misma. El debate correspondiente lo dimos durante todo el año 2005 hasta 2010 —cuando se pedía la extensión de ese Decreto a la actividad privada- y no nos vamos a poner de acuerdo con los colegas de la oposición. Tampoco nos vamos a poner de acuerdo con la metodología de este Gobierno y que en este caso utilizaron las autoridades de la salud: el diálogo. Quienes provenimos del movimiento sindical ponemos primero sobre la mesa el diálogo. ¡Y vaya que en estos últimos años se ha puesto sobre la mesa el instituto de la negociación! ¿Qué hace el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social? Ejerce el instituto de la negociación. ¿Qué hacen las autoridades de la salud? Ejercen el instituto de la negociación. Y cuando no se obtiene el fin esperado, las autoridades de la salud aplican el Decreto —que me gustaría que se adjuntara a la versión taquigráfica- que emite el Ministerio de Salud Pública, respetando las libertades sindicales en el marco de regulación de la OIT. Es decir que inclusive aplicando este Decreto, brinda resguardo al cumplimiento del servicio y a los trabajadores y a las trabajadoras. Por eso saludo las medidas que ha tomado el movimiento sindical —en este caso la Federación- en cuanto a continuar en una instancia de diálogo a nivel del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

A su vez, quiero señalar otras cosas. El Directorio tiene sus Representantes con las formas que se dieron en el marco de una ley, pero que la forma de elección no esté reglamentada es responsabilidad de quienes estamos en esta Casa.

(Interrupción del señor Representante Javier García)

—— Le solicito al señor Presidente que me ampare en el uso de la palabra. Tanto el representante de los trabajadores como el de los usuarios la forma que se dieron -transitoria en el caso de los trabajadores- ha sido —les gustará o no o nos gustará más o menos- la de la Central Unica de Trabajadores, representándolos como PIT-CNT y no como la Federación de Salud Pública. Eso lo quiero remarcar, porque la integración a estos organismos -como a otros- de los actores sociales, ha sido una política de este Gobierno y también del anterior. Eso hace a la participación ciudadana, y por eso está bueno destacarlo.

La situación del Hospital Vilardebó, motivo de la convocatoria solicitada por el Diputado Representante por sector de la Comisión, tiene que ver con la ocupación y las consecuencias que haya podido tener ésta.

Me interesaría preguntar por otros puntos por los cuales el señor Diputado también convocó a todo el equipo del Ministerio de Salud Pública conjuntamente con ASSE.

El señor Diputado Bayardi me pide una interrupción.

SEÑOR BAYARDI.- Mi intervención tiene que ver con los mecanismos de ocupación en la salud.

Yo fui ocupante de la salud y Director de ocupaciones de la salud. Existe una responsabilidad, que supongo el Ministerio de Salud Pública, tal cual lo expresó la señora Ministra, asumió, llevando adelante el control del proceso que se estaba dando en ese centro ocupado. Lo digo porque muchas veces es una torpeza de los sindicatos ocupar los centros, porque hay que asumir toda la gestión. Y asumir toda la gestión implica dar de comer dos veces al día a cada uno de los internados, tener claro el mecanismo por el cual hay que llevar adelante los recursos asistenciales y de logística. Creo que lo desarrollado hasta el momento tuvo que ver con salvaguardar el sistema de atención desde el inicio de la ocupación hasta que se desocupó. Supongo que se tenía registrado quién era el responsable de la ocupación. De repente, si no se dejó entrar a la escribana, se debería haber actuado en esa oportunidad un poquito más fuerte, pero esta es una apreciación por lo que acá se racontó.

Declaré servicio esencial siendo Ministro en más de una oportunidad. Y era "ipso facto": apenas se anunciaba la medida, decretaba el servicio esencial. Y alguien me podrá decir: "Actuó bien"; no, actué en función de lo que administraba, que era el control del tráfico aéreo de un avión que sale 12 y 15, dieciséis horas antes de que empiecen las medidas, y tiene que llegar a mi espacio aéreo con los mecanismos de control adecuado y con la certeza de que está siendo controlado y que alguien lo va a bajar. Así que nomás me lo anunciaban, yo decretaba la esencialidad, y no porque no hubiera llevado adelante un proceso de negociación. Recuerdo que una vez me quisieron llevar a suspender el contrato un 20 de diciembre. ¡Se imaginarán ustedes que era un poquito complicado en esa fecha! Así que la aplicación del decreto de esencialidad va en función del interés de lo que se quiere salvaguardar. Yo entiendo que cuando se ocupa una administración para impedir el desarrollo normal de las actividades, hay que desocupar inmediatamente. Pero cuando se está dentro de un centro, como en este caso, con pacientes internados, y la desocupación implicaría el abandono del centro, en realidad estoy poniendo en peligro a quienes están internados. De todos modos, el decreto al que hacía referencia la Diputada Passada, maneja tiempos sobre cómo desarrollar el proceso de esencialidad, y cuáles son los pasos a seguir una vez que el centro esté ocupado. Establece que hay que solicitar la desocupación, y si ésta no se da, se puede desencadenar todos los mecanismos hasta desarrollar el proceso de la esencialidad, que en mi opinión, depende de la apreciación subjetiva de cómo se van desarrollando los hechos en el proceso de ocupación. Yo creo que por los hechos que se sucedieron, y a estar por lo raconto de lo planteado, no puedo cuestionar que se haya procedido de una manera que no haya correspondido.

Creo que tragedias en el hospital Vilardebó hemos vivido muchas, con y sin ocupación, con autoridades legalmente instituidas y seguramente, como en este caso, con una autoridad que estaba respondiendo a quienes se responsabilizaban de la ocupación. Así que en ese sentido, habría que ver las características particulares del hecho, que tampoco hemos profundizado mucho en este sentido.

El otro tema que se cuestionaba era el tiempo que duraba la esencialidad. En realidad, el propio decreto debe contener a qué queda sujeta la esencialidad. En este caso, la esencialidad quedaba sujeta a retomar la conducción por parte de las autoridades, pero no le ponía fin. Incluso, la esencialidad puede no contener el hecho de que las autoridades tomen todo bajo su control. La esencialidad podría disponer que las autoridades

deben garantizar que se cumplan tales y cuáles medidas desde el punto de vista estrictamente asistencial. Cada decreto de esencialidad tiene que tener los contenidos de ello. La presente resolución tiene vigencia a partir del día de la fecha que se firmó, y mientras duren las medidas sindicales que la motivan. Hasta ahora la continuidad de las medidas sindicales estaba en cuestión.

Cuando yo estuve en la Administración tuve que declarar dos años seguidos. Declaré un año y al año siguiente, cuando dijeron que iban a tomar la misma medida, dije que ya tenía el decreto de esencialidad, y como me lo pusieron en cuestión, llamé al Ministro de Trabajo y Seguridad Social y le dije que me sacara otro para ese año, y así fue. O sea, no hubo mucho que hacer. En este momento el decreto sigue vigente hasta que en el diálogo entre las autoridades del Ministerio y de ASSE y la Federación se plantee cuál es el punto en el que se encuentran en las relaciones.

Por otra parte los IMAE cardiológicos de este país se concentraron en Montevideo en los últimos treinta y pico de años, desde la creación del primer grupo de terapia intensiva en el Hospital de Clínicas, en la década del setenta. Fue así como surgieron, y se han concentrado históricamente -siempre lo dije; está en las versiones taquigráficas de este Parlamento desde hace tiempo- en Bulevar Artigas y Avenida Italia. Me alegra que se esté considerando la viabilidad de un IMAE en el interior como está planteado, en un departamento como Tacuarembó, que ha demostrado capacidades para el desarrollo de otro tipo de proyectos asistenciales. No quiero decir que en otros lugares, ciudades o departamentos no las haya, sino que Tacuarembó ha demostrado en alguna área particular, y dentro del sector público, capacidad de gestión desde el punto de vista asistencial. Creo que la misma cuestión de viabilidad que hoy atendemos para Tacuarembó, debemos tenerlo presente para la viabilidad de los IMAE, que en el sector público también autorizamos. Y no digo esto porque crea que no deban autorizarse IMAE en el sector público de Montevideo. No es así; creo que tener IMAE en el sector público permite también tener un mecanismo de control sobre las transferencias de gastos y de recursos económicos del sector privado. Pero debemos garantizar que se tenga la viabilidad, no solo la económica financiera, sino también la técnica, imprescindible para que se cumpla con las garantías, para evitar que los colegas que también trabajan en el sector privado, no hagan transferencias de pacientes y con ello de recursos económicos financieros al sector privado desde los IMAE. Descarto que también debe ser una preocupación de la Ministra y de las autoridades, que no solo atienden el tema asistencial, sino también el de los recursos económicos que se gastan en salud.

SEÑOR RODRÍGUEZ (don Edgardo).- No quiero abusar del tiempo de la Comisión; creo que hay temas importantes que abordar, pero la verdad es que nos anotamos para hacer uso de la palabra porque algunas intervenciones nos generaron reflexiones que queremos compartir. De todos modos, las intervenciones de algunos compañeros me van a ahorrar algunas palabras.

Mientras escuchaba algunas reflexiones, pensaba si lo que se pretendía era desalojar el hospital a la fuerza, y también en las consecuencias que tendría una actitud de ese tipo. Creo que la autoridad no pasa necesariamente por meter la pesada. Además, en este caso, la autoridad estuvo presente y se resguardó el principal bien que debe resguardar un centro hospitalario, que es la calidad de la asistencia a los pacientes, sobre todo, tratándose de un centro con las características especiales del Vilardebó.

Quiero remarcar este aspecto, porque algunas de las versiones que escuché me dejaron muy preocupado. Quizás, sería pertinente que en algún momento revisáramos el decreto que regula las ocupaciones. Lo recuerdo bien porque se aplicó a partir de la ocupación de la Intendencia de Tacuarembó, y yo estaba allí en esa fecha. No es lo mismo ocupar una Intendencia que ocupar un hospital, y tampoco es lo mismo si el hospital es psiquiátrico. Por eso, creo que el decreto tendría que contemplar algunas situaciones muy particulares y muy delicadas.

Creo que la situación ha quedado aclarada; por eso, no voy a profundizar en este tema.

Por otro lado, no puedo dejar de mencionar la buena noticia de que se habilitará la apertura de un IMAE en el interior del país. Precisamente, antes de ingresar comentaba que hoy pensaba hacer una intervención en la media hora previa para plantear la cuestión, pero esto allana el camino.

Obviamente, todos somos conscientes de que el interior tiene una realidad que no se fabricó en los últimos seis u ocho años. La realidad de la concentración de determinados servicios es muy vieja en el Uruguay. Hay una canción de Estramín que habla de "morir en la capital"; eso no se inventó porque sí.

Lo expresado por la señora Ministra le viene muy bien a todo el interior. ¡Ojalá este proceso continúe y pueda afirmarse!

SEÑOR RADÍO.- No voy a expresarme sobre el tema de fondo, pero hay algunas cosas que no quiero dejar pasar.

Está claro que tenemos diferencias ideológicas acerca de la participación en los Directorios de representantes de instancias corporativas. Siempre, desde los tiempos del nacionalsindicalismo y de la falange de la JONS, pasando por el gobierno del Uruguay de fines de los sesenta cuando las corporaciones empresariales estuvieron presentes en la conducción política del país, hasta el momento actual, he rechazado la participación de las corporaciones. En este caso, más allá de que sea legal, ideológicamente, estoy en contra de la participación de las corporaciones en los directorios de los institutos, que deberían estar integrados por representantes de la ciudadanía, no de las corporaciones gremiales, ya sean empresariales o de los trabajadores.

Por otro lado, quiero aclarar que la ley prevé la participación de los trabajadores, no de instancias gremiales, no de la Federación de Funcionarios de Salud Pública no del PIT-CNT; como se haya definido después, es otra historia, y queda claro que esta participación no funciona como antídoto ni como vacuna frente a hechos como los que se vivieron, que fueron tan indeseables que las autoridades tuvieron que tomar las decisiones que todos conocemos y que yo saludo.

La reglamentación de esta ley no es responsabilidad del Poder Legislativo. ¡El Poder Ejecutivo está incumpliendo esta ley, que es derecho positivo! ¡Está desoyendo la voz del Parlamento uruguayo, que determinó que esta ley debía ser reglamentada y que se debía llamar a elecciones de los Directores sociales! Insisto: yo no estoy de acuerdo con este sistema y tengo un proyecto de ley alternativo -que alguna vez esta Comisión abordará-, pero insisto en que el Poder Ejecutivo está incumpliendo la ley.

SEÑOR GARCÍA (don Javier).- Creo que es un profundísimo error de la Diputada Passada. La ley obliga a la reglamentación, y si la Diputada Passada quiere, le cuento por qué no se reglamenta, aunque ella lo sabe. ¿Por qué el Poder Ejecutivo no reglamenta esta ley? ¿Cuál es el conflicto político interno por el que no reglamenta la elección de los Directores que representan a los trabajadores y a los usuarios? Es por un tema político-partidario interno del Frente Amplio. Si quiere, se lo cuento; todos lo conocemos.

Lo que no puede hacer es trasladarle responsabilidad al Parlamento por una ley que este obliga al Ejecutivo a reglamentar. Yo no voy a hacer más alusiones, pero esto, ¡por favor! no es así; la Diputada lo sabe; todos lo sabemos. Inclusive, circuló un anteproyecto de decreto que la Diputada sabe que está durmiendo el sueño de varios justos juntos; lo conoce y sabe por qué se guardó en un cajón.

Repito: adjudicarle responsabilidad al Parlamento, en el mejor de los casos, es injusto, y además, no es cierto que la tenga.

SEÑORA PASSADA.- Creo que el Diputado Javier García sabe cuál es mi estilo de trabajo en el Parlamento. Yo hice referencia a la reglamentación de la forma de elección de los trabajadores.

Hay un proyecto que tiene media sanción del Senado y que está a estudio de esta Comisión. Cuando se aprobó el doble voto para la Presidencia de ASSE, se le dio un plazo de seis meses al Poder Ejecutivo para que reglamentara la forma de elección.

Yo no voy a aceptar que se diga que hay un problema político que impide que esto se lleve adelante, porque el plazo de seis meses volvió a establecerse en el proyecto a instancias de la bancada del Frente Amplio.

SEÑOR PRESIDENTE.- Damos por terminado este tema.

SEÑOR PLANCHON.- Agradezco la presencia de la señora Ministra y de todo el equipo del Ministerio y de ASSE.

No vamos a extendernos mucho, porque pronto comenzará la sesión de la Cámara de Diputados, pero queremos referirnos a algunos temas que nos preocupan.

Vamos a comenzar con una cuestión que en Colonia, mi departamento, ha sido motivo de "dimes y diretes" desde hace cuatro años: la construcción del nuevo edificio para el hospital local, que será un hospital regional.

Indudablemente, Colonia necesita un hospital con un CTI, por el crecimiento que ha tenido y por la infinidad de problemas que su falta ha generado. A esto se suma el hecho de que, en el último año, los médicos de la puerta de emergencia han informado sobre un sinnúmero de problemas a los tres legisladores del departamento, que somos de distintos partidos políticos y que hemos manejado esta cuestión con muchísima responsabilidad, para tratar de ayudar al Gobierno. Repito: tanto el legislador del Gobierno como el Diputado Bianchi y quien habla hemos tratado de ayudar a solucionar estos problemas.

En lo personal, los médicos me mencionaron que se reunirían con el equipo de ASSE para hablar sobre esta situación, pero las soluciones no se han dado.

El otro tema que quiero consultar es qué acciones tomará el Ministerio con respecto al incumplimiento de la Ley Nº 18.131 de creación del Fonasa por parte de las mutualistas y de ASSE, específicamente, en lo que hace a las demoras en adjudicar las consultas con especialistas. En este sentido, la situación es caótica; en mi departamento y en muchos otros del interior, los pacientes deben esperar entre sesenta y noventa días para ser atendidos.

Antes de convocar a la señora Ministra por estos temas, realizamos pedidos de informes, y el Ministerio nos contestó que se constatan esperas de una semana. Sin embargo, cualquiera de los que estamos aquí sabe que las esperas son mucho mayores.

Estos son los dos temas más importantes que quería plantear.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- Si bien tenemos los informes, si le parece, señor Presidente, para referirse al tema del Hospital de Colonia, cedo la palabra a la Presidenta del Directorio de ASSE-

SEÑORA SILVA.- En marzo de este año, el Directorio de ASSE aprobó, por unanimidad de sus miembros, un proyecto de convenio a través del cual ASSE y la Oficina de Servicios de Proyectos de Naciones Unidas acordarían la asesoría, la coordinación y el seguimiento para la construcción y la puesta en práctica de todo el proceso de licitación de la construcción del Hospital del Colonia. Desde entonces, se ha trabajado en la elaboración del anteproyecto. Se definió que era más adecuado que se hiciera con las bases generales que nuestra División Arquitectura tuviera en ese momento.

En realidad, el precio del metro cuadrado de construcción de las últimas licitaciones de ASSE del año 2013 llevó a que hubiera que hacer un ajuste, fundamentalmente, de la distribución de los servicios que estaban planificados para la construcción, a fin de ajustarse al presupuesto definido, que rondaba los US$ 20:000.000, incluido planta física y equipamiento.

Está previsto que el próximo lunes 19 se publiquen los recaudos del llamado a licitación. En estas últimas dos semanas, hubo trabajos en conjunto con los técnicos de Unops y de ASSE para ajustar algunas de las últimas partes, con asesoría de ingenieros expertos, especialmente, para reubicar algunos de los sectores de planta.

SEÑOR PLANCHÓN.- ¿Cuándo tienen pensando el comienzo y la finalización de la obra?

SEÑORA SILVA.- Se hizo un llamado a licitación urgente. La idea es que la obra se instale antes de finalizado el mes de noviembre de este año, así como la preparación del terreno y los primeros servicios. El plazo de finalización de la obra estaba previsto para dentro de quince o dieciocho meses. Por lo tanto, esperamos que la publicación de esta licitación el día 19 tenga aspirantes que presenten proyectos que puedan ser evaluados lo antes posible, lo que también depende de que las ofertas se ciñan al pliego. Hay un proceso de aproximadamente de un mes entre la publicación, la recepción de las ofertas y el inicio del análisis.

SEÑOR PLANCHÓN.- ¿Están en conocimiento de los gravísimos problemas que existen en la puerta de emergencia?

SEÑORA SILVA.- Sí. Inclusive, recibimos a un grupo de médicos en el Directorio para tratar varios temas. Uno de los fundamentales fue la atención pediátrica. ASSE comparte, prácticamente en tercios la atención de los usuarios del departamento de Colonia con otros dos prestadores.

En esa misma línea de responsabilidad de un sistema integrado de todos los prestadores, pusimos a consideración un trabajo conjunto a fin de llegar a un acuerdo de puerta única y transitoria para la atención pediátrica en la ciudad de Colonia del Sacramento, donde tenemos uno de los principales problemas. Se trata de un departamento muy lindo, pero muy complejo.

Hubo varias reuniones en el Ministerio de Salud Pública. En algunas de ellas, participó el Director Departamental de Salud y los prestadores locales. Habíamos llegado a un preacuerdo para que, en principio, la cobertura de la puerta única de pediatría, necesaria para asegurar la cobertura durante 24 horas, funcionara en los distintos servicios, pero que cada uno aportara los profesionales necesarios para asegurar la guardia completa.

Hubo dificultades para llegar a ese acuerdo; se planteó un costo absolutamente fuera de los aranceles más adecuados para que la puerta única pudiera funcionar. No obstante, muchos de días, estamos comprando servicios a los otros prestadores, porque, reitero, no se pudo llegar a ese acuerdo.

En el marco del proceso de la formulación de los cargos de alta dedicación, que están financiados por la Meta 4, definida por el Ministerio de Salud Pública, estamos evaluando la asignación de cargos de alta dedicación en pediatría para asegurar la cobertura a nuestros usuarios. Es una de las preocupaciones mayores que tenían los médicos de guardia del Hospital, ya que son médicos generales y no siempre tenían el apoyo de un pediatra, necesario -sin duda— cuando hay un niño con una patología grave.

Otra de las preocupaciones era la continuidad de algunos de los servicios de cirugía. Estamos trabajando desde hace muchos meses: hace un tiempo, asistimos a una reunión en una Comisión y también tratamos este tema en forma detallada, a fin de acordar la creación de una extensión de una unidad docente asistencial en anestesiología. Hubo varias reuniones con el profesor titular de la Cátedra de Anestesiología en la ciudad de Colonia del Sacramento. Habíamos asignado para ese Hospital un cargo de alta dedicación con un salario muy importante, pero nunca fue ocupado, ni siquiera, con la intervención de la Cátedra de Anestesiología. Por eso, aseguramos la atención de nuestros usuarios en la medida en que está el equipo completo en el Hospital y en la modalidad de la compra de servicios a los prestadores locales, cuando así lo requerimos.

En los últimos meses, hubo cesiones de empresas de los prestadores locales. No conozco la figura jurídica por la cual se resolvieron algunas situaciones de consolidación de empresas prestadoras de salud, que también retrasaron la posibilidad de la negociación de la puerta única de pediatría y de algunos convenios de complementación en otras áreas, fundamentalmente, cirugía.

Ha habido problemas coyunturales que hemos tenido que reparar en un hospital que tiene ciertas características edilicias. Hemos tenido dificultades con el equipo de radiología y lo reparamos; arreglamos la planta física; en fin, estamos tratando de hacer las adecuaciones mínimas, que permitan mantener los servicios de la forma más digna posible, teniendo en cuenta que estamos a muy poco de iniciar una obra, en la zona oeste, en Nueva Palmira, con una inversión muy importante. Asimismo, seguimos trabajando en los últimos acuerdos de complementación en los otros hospitales del departamento.

SEÑOR PLANCHÓN.- Otra pregunta que quiero hacer es con relación al cumplimiento de la ley de creación del Fonasa por parte de mutualistas y de ASSE en cuanto al tiempo de espera para consultar especialistas.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- No quiero pecar de atrevida, pero hay una confusión. La Ley Nº 18.131 es la de creación del Fonasa. No es esa la ley que se incumple, sino que supongo que es la Ordenanza Nº 603, relativa a los tiempos de espera.

Este tema está siendo seguido con muchísima preocupación. Si bien, muchas veces, los fiscalizadores un número libre para la siguiente semana a la que fueron, la condición real para los usuarios no es esa; coincidimos totalmente. Nosotros venimos trabajando en los tiempos de espera.

Quiero hacer referencia a un documento vinculado con este tema, que muestra algunas cuestiones. ¿De dónde provenimos? En realidad, hasta la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, existía la dificultad de que los servicios estaban estructurados en base a la oferta y no en base a la demanda. Desde el punto de vista cultural y de la oferta que hoy tenemos, esa dificultad sigue siendo un obstáculo.

Es así, que se generan distintas estrategias. Lo primero es reconocer que existe el problema y que estamos trabajando en él. Desde el año 2005, se viene trabajando en diversos aspectos. El primer obstáculo es que los servicios estaban estructurados desde la oferta, pero después, con el Sistema Nacional Integrado de Salud, ocurrieron una serie de eventos que generaron un cuello de botella mayor. Por un lado, está la baja de los tiques moderadores

Hay una política constante de reducción de su costo, con lo cual la gente accede mucho más a la consulta. Por otro lado, está la gratuidad de los controles preventivos. En los distintos grupos etarios, existe una cantidad de controles gratuitos. Además, promovemos la atención a la salud y no la atención a la enfermedad. Es cierto que antes -era otro modelo- la gente iba a los servicios de salud cuando se enfermaba. Hoy, la gente acude para mantener su salud, para hacerse controles preventivos, con lo que se genera un aumento en la demanda. Por otro lado, está la difusión de los derechos de los usuarios: nosotros también enfatizamos esos aspectos preventivos.

Se implementaron distintas estrategias para mejorar los tiempos de espera. Una tiene que ver con los aspectos edilicios. Se aprobó una sobrecuota de inversión que se da a las mutualistas. Uno de los requerimientos es la ampliación del primer nivel de atención, tratando de generar más puestos para mejorar este aspecto. Otra es una política de recursos humanos que tiene que ver con la descentralización de la atención.

La solución es otra: el cuello de botella se genera, fundamentalmente, en las consultas a especialistas. Si bien nosotros promovemos un cambio en el modelo y que la gente vaya por controles preventivos, la realidad es que sigue habiendo una sobredemanda de especialistas. También existe una cultura del especialista de no enviar a sus pacientes nuevamente al médico de referencia.

Hemos hecho encuestas y advertimos que este problema aparece en todas las mutualistas. Por lo tanto, nosotros nos hemos puesto a trabajar. ¿Cuál es la idea? Uno podría pensar: "Quizás, las instituciones deban contratar más especialistas". Pero, en verdad, no tenemos más especialistas en el país. Por lo tanto, creemos que la solución no pasa por ahí, sino porque los médicos del primer nivel tengan una atención de mucha más calidad y que sean resolutivos y continentes.

Nos referimos a un equipo de primer nivel de atención que pueda realizar muchos más estudios, mayor cantidad de indicaciones y que refiera al colega especialista realmente cuando la enfermedad así lo amerite. También queremos especialistas que tengan la humildad de reconocer que no son los únicos en el tratamiento de esta enfermedad y envíen nuevamente a sus pacientes al equipo del primer nivel de atención.

¿Qué hemos hecho? En setiembre de 2007, se elaboró un decreto relativo a los tiempos de espera, en el que se establecieron los tiempos máximos aceptables para otorgar citas en las consultas externas de las distintas especialidades. En el año 2011, un relevamiento muestra que las instituciones no contaban con registros ni procedimientos necesarios para medir, monitorear e informar los tiempos de espera para las consultas externas.

La mayoría de los sistemas de agenda de consulta externa revelaban que había números libres, al menos uno, para el acceso al primer especialista disponible dentro de una especialidad médica en los plazos previstos por la normativa. Sin embargo, disponer de un único lugar libre no implica la capacidad de satisfacer la demanda real de cada especialidad.

Por lo tanto, para que el Ministerio pudiera realizar un correcto seguimiento, se consideró necesario establecer ciertos requerimientos a los prestadores integrales: el registro de la fecha en que el usuario contacta el sistema de citas de la institución por primera vez para solicitar la consulta, sea esta otorgada o no,

el registro de la fecha en que el usuario accede a la cita, y los informes de monitoreo de los tiempos de espera.

Así se elabora la Ordenanza Nº 603, que contiene dos artículos relevantes. El artículo 5º se refiere al sistema de asignación de citas para consulta externa de agenda abierta y el artículo 6º a las citas para consultas sucesivas o interconsultas con otros especialistas.

Este nuevo sistema de asignación de citas se encuentra en funcionamiento, en forma obligatoria, para las cuatro especialidades: medicina, ginecología, pediatría y cirugía. En una segunda etapa, que está empezando en setiembre, se abre la agenda para dermatología, fisiatría, gastroenterología, hematología, medicina transfusional, nefrología, neurología, oncología, psiquiatría, anatomía patológica, anestesiología, cirugía bucomaxilofacial, cirugía plástica reparadora, cirugía torácica, vascular, neurocirugía, traumatología y urología. Para noviembre o diciembre del año 2013, la agenda se abre para el resto de las especialidades.

Lo cierto es que se fue haciendo fiscalización de las instituciones, en principio, en Montevideo, y diez vienen funcionando en un nuevo sistema de agenda de consulta externa, abierta por tres meses para las cuatro especialidades básicas. Del resto de las instituciones, tres se incluyeron algunas especialidades al nuevo sistema, pero no todas.

No se puede trabajar sobre el problema si las propias instituciones no conocen las dificultades que tienen. Se les pidió que indagaran sobre el ausentismo, pero existen algunas que todavía no se encuentran realizando esta medición.

En definitiva, estamos diagnosticando correctamente cuál es el problema, que es diferente en las distintas instituciones. Sin embargo, parte del problema es la hiperdemanda de los especialistas y la no contrarreferencia al médico del primer nivel de atención. El otro problema es el ausentismo, que es altísimo: 45% en las mutualistas y mucho mayor en ASSE. Lo cierto es que la apertura de la agenda por tres meses, con actualización diaria, ya está implementada. Se realizaron algunas mediciones de prueba sobre los tiempos de espera, en las que se verifica que la demanda insatisfecha está vinculada fuertemente con el médico de elección para las especialidades básicas. Con la implementación para el resto de las especialidades, se podrán medir los problemas vinculados con las distintas especialidades

Lo cierto es que estamos midiendo el problema del ausentsimo y algunas instituciones están empezando a penalizar a los usuarios que no avisan que no van a la consulta. Hay instituciones que han expresado que prevén dificultades a partir de la implementación del nuevo sistema de asignación de citas en consulta externa, en la totalidad de las especialidades médicas. Por lo tanto, vamos a trabajar con ellas por otro lado. En el caso de ASSE, el problema es diferente.

En ASSE coexisten diferentes sistemas de programación de las consultas; si quieren, esto lo puede ampliar la Presidenta del Directorio. Mientras en algunos lugares todavía funcionamos a papel -debemos decirlo-, en otros hay un sistema informático avanzado.

En Montevideo, para los hospitales de referencia nacional y los doce centros de salud de la red de atención primaria, existe un módulo de agenda de consulta externa llamado SGA. Ese módulo está asociado a un call center -un 0800- a través del cual se puede coordinar la cita; se registra alrededor de un 40% de ausentismo en las consultas.

Como hubo dificultades para implementar esto en el interior del país, ASSE generó un nuevo módulo informático de agenda de consulta externa, denominado Sistema de Gestión de Consultas. Esta herramienta permite programar consultas, registrar la totalidad de las consultas realizadas -tanto las programadas como las espontáneas-, registrar datos trazados de las consultas y obtener indicadores asistenciales básicos. Ese módulo se ha instalado en treinta y tres puntos -de un total de doscientos cincuenta- de los departamentos de Canelones, Colonia, Maldonado, Salto, San José y Treinta y Tres. La principal dificultad está dada en el "aggiornamiento" de los equipos informáticos y en la infraestructura. Por tanto, teniendo en cuenta el volumen de ASSE, estamos hablando de un costo muy importante.

Por otro lado, el plazo actual de apertura de agenda es de tres meses, como marca la Ordenanza. ASSE plantea que con este plazo de apertura el ausentismo generado es mayor del que se registraba cuando se hacía mes a mes. Esta es otra dificultad.

Por ahora, en el nuevo sistema se incluyen las cuatro especialidades básicas.

Se está evaluando la posibilidad de utilizar un sistema de mensaje de texto de ASSE para recordar la cita. Hay que tener en cuenta las dificultades que nos genera la volatilidad de la población usuaria de ASSE. Digo esto porque, una parte de los usuarios tiene el celular durante tres meses y, después, ese número deja de ser de ellos.

La otra dificultad que tenemos es la penalización en los usuarios de ASSE. Estamos hablando de una población muy vulnerable. ASSE no tiene -ni quiere tener- un sistema de tiques moderadores. Además, ¿cómo penalizaríamos a un usuario que muchas veces tiene dificultades en el acceso? Cuando viene, la idea no es penalizarlo por una consulta a la que no llegó.

Entonces, tenemos dificultades. Las asumimos y estamos trabajando para solucionarlas. Con ese fin, se formó un equipo en el Ministerio. Cuando tengamos conclusiones y sugerencias más claras para hacer a los prestadores, los vamos a reunir.

Antes de seguir con los otros temas, quisiera decir algunas conclusiones importantes para ustedes, que son Diputados: el 19 de setiembre se realizará la apertura de los pliegos para el hospital de Colonia, y antes de lo posible se va a habilitar el IMAE de Tacuarembó. Me parece que estas novedades son importantes.

SEÑORA SANSEVERINO.- Las dos noticias son importantes.

SEÑOR VERRI.- Agradezco la presencia de las autoridades del Ministerio y de ASSE.

Voy a tratar de ser breve ya que la sesión ha sido bastante extensa; no sabía que la reunión tenía un temario tan amplio.

Convocamos al Ministerio y al Directorio de ASSE a raíz de una muerte que, a juicio de muchos, podía haber sido evitable. Se trata de una muerte más, en este caso, en el departamento de Paysandú, ocurrida en los primeros días del mes de junio.

Voy a hacer un "racconto" de los hechos para poder ubicarnos en el tema. Al final, voy a hacer las preguntas.

Una paciente de sesenta y dos años ingresa en la puerta del hospital de Guichón. Se trata de un hospital pequeño de una ciudad que tiene siete u ocho mil habitantes y que está ubicada a noventa kilómetros al este del departamento de Paysandú. La atiende el médico de guardia, que no era especialista en cardiología. Decide que debe verla urgentemente un cardiólogo, porque tenía un cuadro cardíaco severo que ameritaba su traslado urgente a la ciudad de Paysandú.

Por motivos que nosotros desconocemos y los familiares también -fueron quienes me hicieron llegar esta preocupación; una cosa es contar el caso fríamente, como lo podemos analizar, y otra, mirarlo desde el punto de vista de los familiares que, en definitiva, son los que sufren este tipo de situaciones-, el traslado recién se pudo efectuar entrada la tarde.

La paciente llegó a la puerta de la emergencia del hospital de Paysandú aproximadamente a las 14 horas. Lamentablemente, el cardiólogo que tenía que verla en forma urgente, tampoco la vio y terminó intentando verla -después voy a decir por qué- a las 17 horas. Había familiares con ella cuando la cardióloga dijo que no la iba a atender porque se sentía indispuesta. Cuando le reprocharon su actitud y le contaron el peregrinar que esta persona había tenido, desde la mañana en Guichón hasta las cinco de tarde en Paysandú, sin que el cardiólogo la viera en forma urgente, la doctora dijo: "Yo también soy un ser humano y tengo derecho a estar enferma. Me siento mal. Me voy a ir". Y se fue.

La Dirección del Hospital resolvió el tema pidiendo la presencia de un cardiólogo de la mutualista local, que la vio aproximadamente a las 19 horas. Aclaro que estos datos son aproximados. Esa no fue la hora exacta; puedo equivocarme en algunos minutos más o menos. Lo cierto es que el cardiólogo que la ve decide que sea trasladada inmediatamente a Montevideo para realizarle una angioplastia.

Se coordina el traslado para la hora 3 del día siguiente. Es decir que desde que entró al hospital de Guichón en horas de la mañana hasta la hora 3 del día siguiente, pasaron diecinueve horas para que comenzara a salir hacia el destino en el que le iban a solucionar el problema.

Obviamente, ocurrió lo que todos ya preveían, porque la paciente estaba muy mal.

La ambulancia llegó desde la ciudad de Salto; este es otro punto sobre el que les quiero preguntar al final. El servicio de traslado especializado de la ciudad de Paysandú está en Salto. Por lo tanto, se agregaron dos horas más, que es el tiempo que lleva preparar el móvil con los médicos y demás. Una ambulancia no pone menos de una hora y media en llegar a Paysandú, ya que se trata de un vehículo pesado y alto; los que sabemos algo de mecánica nos damos cuenta de que no pueden andar muy rápido.

A la hora 3 llega el médico de Salto con la ambulancia para proceder al traslado, pero se niega a realizarlo a raíz del estado que tenía la paciente. Inclusive, los familiares dicen que criticó -por decirlo de alguna manera- el estado en el que estaba la paciente y cuestionó por qué no estaba internada en un CTI. Tan grave era el cuadro que él mismo tuvo que hacer algunas maniobras, según nos dijeron los familiares.

La cuestión es que, lamentablemente, el desenlace fue que la paciente falleció al poco rato, sin siquiera haberse subido a la ambulancia que la iba a trasladar a Montevideo.

Hasta aquí un relato objetivo hecho por los familiares

Aclaro de antemano que no me mueve hacer escándalo público. Lo que me interesa es que esto no vuelva a ocurrir; lo digo con total sinceridad.

¿Se puede considerar que este es un nuevo caso de una muerte evitable? Sí. La persona jamás entró a un CTI; siempre estuvo en la emergencia, presuntamente, porque en ese momento no había disponibilidad de camas.

El Director del hospital dijo públicamente -este es otro aspecto polémico- que no podía hacer declaraciones a los medios

La Directora Departamental de Salud, licenciada Espillar, sí hizo declaraciones; escuetas, pero las hizo. Dijo que estaban en un proceso secreto de investigación y que no tenían plazo para hacer la investigación. A nosotros nos llamó la atención el hecho de que no tuviera plazos. Todo esto fue recogido de versiones de prensa del momento de Paysandú y, también, algunas nacionales.

Lo llamativo de todo esto es que mientras el Director del hospital dice que no puede hacer declaraciones porque están en proceso de una investigación sumaria, hace una conferencia de prensa en la que defiende su gestión y ataca a médicos y a la mutualista local. Y la hace en la sede política del Frente Amplio. No quiero involucrar al Frente Amplio, pero esto llama la atención. Precisamente, al final de la intervención voy a hacer una pregunta sobre este tema porque me gustaría saber si la señora Ministra lo autorizó. Lo hizo acompañado por el Presidente de la Mesa Política del Frente Amplio. Entonces, uno se pregunta: ¿Él responde solamente al Frente Amplio, a los votantes frenteamplistas o a todos los sanduceros? La actitud del Director fue, por lo menos, desacertada o infeliz; no lo quiero juzgar, él sabe lo que hace, es grande. Quiero aclarar que no me anima nada contra él; simplemente, aporto datos objetivos de lo que ocurrió en un hecho complejo, desgraciado, por denominarlo de una forma suave.

Esto del Hospital de Paysandú -ahora entraré en un ámbito más genérico- no es nuevo. En los últimos meses, y tal vez en el último año, ha habido problemas en el relacionamiento entre el Director y los médicos y el personal del hospital. A tal extremo, que se han venido dando continuas renuncias de profesionales al servicio de policlínicas y de guardias de emergencia. Algunos sacaban número de la cantidad de especialistas que tenía el hospital cuando dejó el cargo la doctora Salomé Wolman, esposa del ex Presidente de ASSE. Parece que el hospital tenía cincuenta y siete especialistas en las guardias; nos decían que hoy hay diecisiete menos. Todas estas bajas se produjeron por el permanente mal relacionamiento que tiene el Director del hospital con los médicos de guardia.

La necesidad de un IMAE en la región es un tema que ya fue tratado. La señora Ministra ya lo contestó y no voy a abundar en ello. Me alegro que salga el de Tacuarembó, pero a muchos, entre ellos a los de Paysandú, nos queda muy lejos. Si bien en kilómetros no estamos tan lejos, el estado de la ruta hace que la demora sea

importante, y nos sea más fácil venir a Montevideo que ir a Tacuarembó. Estamos a 230 kilómetros de Tacuarembó y a 360 o 380 de Montevideo. El estado de la ruta hace que el tiempo de viaje en una ambulancia sea más o menos el mismo. Por lo tanto, nos gustaría seguir empujando el IMAE de Salto, más allá de que algunos creen que tenemos rivalidades con ese departamento; en el fútbol antes la teníamos...

(Hilaridad)

—— Me alegro mucho de que salga el IMAE de Tacuarembó, y celebro la noticia.

Los médicos de la emergencia del hospital de Paysandú renunciaron, así como pediatras, ginecólogos. En algún diario de Paysandú se publicó el siguiente título, que nos golpeó mucho: "Derivan partos de Paysandú a Salto por falta de ginecólogos". Imaginen que en una ciudad de noventa mil habitantes quien deba tener familia deba hacer ciento veinte kilómetros. Y todavía nace salteño...

(Hilaridad)

—— Es inentendible. Tal vez las autoridades tengan una respuesta técnica y médica, pero es inentendible que por un problema de mal relacionamiento con el Director estemos pagando las consecuencias de esta manera. Me parece que el costo es demasiado alto para la población de Paysandú.

La explicación que dio el Director fue que por razones de licencia o de renuncias el hospital de Paysandú debería derivar los embarazos al Hospital Regional de Salto. El Director también explicó que la falta de especialistas se daba por la acumulación de licencias, por las reivindicaciones de los médicos frente a las autoridades de ASSE -supongo que las autoridades de ASSE las conocen-, y porque no quería que le pasara lo de Paso de los Toros; por eso decidió trasladar a Salto los casos que estuvieran en etapa de parto.

Los médicos contestaron esto y salieron públicamente a dar una serie de razones. Dijeron que apoyan el Sistema Nacional Integrado de Salud, pero que tienen un muy mal relacionamiento con el Director. También dieron algunas razones de la diferencia en la forma de liquidación de horas, de guardias y de internos que cubren las guardias. No abundaré en ello, porque no tendría mucho sentido. Solo quería expresar que esto ha generado discusión y debate público en el departamento de Paysandú.

En el hospital tenemos un helipuerto que nunca fue utilizado, lo que me parece un desperdicio. Tener algo que puede salvar alguna vida e, inclusive, abaratar costos y no utilizarlo es realmente un desperdicio. Además, las ambulancias están en muy mal estado. Los invito a visitar el patio del hospital de Paysandú para ver el cementerio de ambulancias que hay allí. Tengo dos fotos en blanco y negro, que fueron tomadas con un celular, y por eso no tienen mucha definición, en las que pueden ver el estado del patio, lleno de ambulancias. Estas fotos no se hicieron ni se harán públicas; no me mueve eso. El tema de las ambulancias es complicado. El traslado se demoró mucho por el tema de la ambulancia.

También quiero hacer mención a un caso que ocurrió posteriormente, hace unos treinta o cuarenta y cinco días. Un domingo, a las 10 de la mañana, me llama una persona para decirme que en la puerta de la emergencia del hospital de Paysandú había dos personas que necesitaban CTI y hacía horas que estaban esperando. Obviamente, mi preocupación fue evitar lo que ya había ocurrido en casos anteriores. Llamé a la Presidenta de ASSE, quien inmediatamente atendió su celular -lo debo decir con total franqueza-, y me respondió con mucha amabilidad, como corresponde. Supongo que resolvió el tema porque al mediodía uno de los pacientes estaba siendo derivado a Young y el otro, en la tarde, a Montevideo; me imagino que se salvaron, ya que no supe más nada. La realidad es que había dos pacientes entubados y con respirador en la emergencia del hospital de Paysandú, sin que hubiera un médico intensivista que pudiera manejar los respiradores. Tengo una foto, que es muy fea: dos personas entubadas, con respirador, en la emergencia. Tampoco las hice ni las haré públicas, porque no me interesa. Lo que pretendo con esto es demostrar que los problemas en el hospital de Paysandú no son menores. Este caso de una posible muerte evitable nos movió a convocar a las autoridades.

Quiero hacer cinco o seis preguntas bien puntuales: ¿Cuál fue el resultado de la investigación administrativa por el caso planteado? ¿Por qué motivo no se cuenta con especialistas en las guardias y emergencias y cómo se resolverá el asunto, si es que ya no se resolvió? ¿Por qué motivo se contrató a una empresa de traslados especializados desde Salto y no desde Paysandú, como hubiera correspondido? ¿Por qué se volvió a repetir la situación de no tener camas de CTI, con dos pacientes más que estaban en la puerta del hospital de

Paysandú? ¿Qué medidas se han tomado o se tomarán para que estas cosas no se repitan? ¿Cuál es el plan de las ambulancias o qué se hará con las ambulancias? La mayoría de los pueblos de Paysandú no tiene ambulancias; están rotas. Por más que en los pedidos de informes se nos conteste que están funcionando, están rotas. Recorro el departamento todos los meses y les puedo asegurar que es así

Iba a preguntar acerca del IMAE de Salto, pero ya fue aclarado.

Por último, quiero preguntar a la señora Ministra si autorizó al Director del Hospital a hacer la conferencia de prensa desde el lugar que la hizo.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- Como las preguntas refieren a ASSE, serán respondidas por la Presidenta del Directorio de ASSE.

SEÑORA SILVA.- Las preguntas serán contestadas por el doctor Soto y por quien habla. Él trató, como cardiólogo y como asesor e integrante de la Comisión de Seguridad del Paciente, el caso de la paciente que se planteó. Probablemente no lleve el orden de las preguntas, pero contestaré todas.

Para nosotros -el doctor Soto se extenderá más-, el fallecimiento de la señora que fue trasladada de Guichón a Paysandú no es una muerte evitable más. Catalogar una muerte como evitable requiere un procedimiento específico que todavía no ha culminado o, si así fue, el doctor Soto expresará los elementos técnicos.

Con respecto a la autorización al Director del Hospital para hacer declaraciones, hay que tener en cuenta dos componentes. Cuando ocurrió este caso hablé personalmente con el Director del Hospital en virtud de la conmoción local. En el ámbito del Directorio y de la Gerencia habíamos tomado la decisión de que cuando ocurriera un evento o una muerte inesperada -que no necesariamente fuera evitable- los Directores de las Unidades Ejecutoras tuvieran una comunicación inmediata con el Director Regional, con la Gerencia Asistencial y la Gerencia General y no hicieran declaraciones públicas, entre otras cosas, porque les está prohibido por ley hacer declaraciones públicas sobre las situaciones clínicas de los pacientes. También se definió que buscaran todos los mecanismos para hacer la investigación de urgencia y la investigación clínica del caso, que en caso de que hubiera un fallecimiento o una situación de salud inesperada contuvieran a los familiares y que no hicieran el más mínimo comunicado a los medios. Reitero que por las disposiciones vigentes de reserva les está prohibido hacer la más mínima comunicación a los medios respecto a la situación clínica del paciente.

Por otra parte, el director del Hospital no tiene la inhibición de participar en actividades políticas. Me consta que concurrió a dar un informe a la Mesa Política del Frente Amplio porque así me lo planteó en la mañana de un sábado. Las indicaciones fueron que concurriera a dar ese informe, a la Junta Local, a la Intendencia -como han hecho muchos Directores- o a cualquier otra agrupación social o de partidos políticos; nuestros Directores tienen la posibilidad de asistir y brindar los informes que correspondan y de retirarse cuando se da el debate político o social. Pueden participar como individuos pero no en el rol de Directores del Hospital. Esto lo tratamos en el Directorio y fue motivo de consideración especial por el hecho concreto. El Director nos informó, pero luego quedó en el medio de un evento público con los medios de comunicación presentes. Así fue que quedó en el medio de una conferencia de prensa en la que él no debió estar. Él debió informar -a eso fue- y retirarse. Esto lo tratamos y consideramos que había cumplido con las directivas emitidas en su momento.

Es cierto que algunos profesionales han renunciado; otros, no. El relacionamiento entre los trabajadores y los equipos de gestión tiene tensiones en muchos lugares que se deben a múltiples causas. De hecho, hay dos preocupaciones. Una es la cobertura de la atención materno infantil en la ciudad y en el departamento de Paysandú. En ese departamento compartimos con Comepa -la mutualista local- la atención de los pacientes. Cada uno de nosotros tiene, aproximadamente, la responsabilidad de unos 60.000 pacientes. Es una atención a medias. Tan preocupados estábamos, porque inclusive se habían dado situaciones en el ámbito de la atención materno infantil, que solicité al Presidente de la Junasa que convocara una reunión un lunes al mediodía en Montevideo a la que asistimos representantes de ASSE y de la Directiva de Comepa. En ella discutimos en conjunto y acordamos que la responsabilidad de la cobertura de la atención de urgencia, de emergencia y la coordinación en el departamento de Paysandú era de los dos prestadores por igual. De nada valía volver a poner en el debate público quiénes eran los malos y los buenos. Hay dos instituciones formalmente constituidas que nos repartimos la responsabilidad de la atención de los 120.000 habitantes del

departamento. Acordamos una forma de trabajar y las dos instituciones nos comprometimos a un cronograma de trabajo para esa semana que cumplimos. También discutimos los aranceles porque eran muy diferentes los que teníamos como valores de intercambio en Paysandú respecto a Salto, Artigas y otros departamentos vecinos. Asimismo, acordamos que la cobertura de la urgencia la íbamos a hacer en conjunto y, de hecho, al día siguiente estábamos intercambiando "mails" para asegurar la debida atención en la urgencia y en la emergencia para los días siguientes, ya que venía un fin de semana con dificultades para la cobertura de la guardia; Comepa definió nuevas pautas de funcionamiento y logramos salir de esa situación de contingencia en esa oportunidad. No obstante, en ASSE seguimos trabajando y ayer a la tarde aprobamos en conjunto, en el marco del Programa de fortalecimiento de los recursos humanos del sector público, la creación de una unidad docente asistencial de ginecología en el departamento de Paysandú.

La semana pasada, concurrieron a Paysandú el Decano y una de las Profesoras Grado 5 de la Clínica C de la Facultad de Medicina para atender otros asuntos y también evaluaron la posibilidad de fortalecer las actividades docentes en pediatría. Para ello, asignaremos algunos de los cargos de alta dedicación de pediatría a fin de fortalecer el Hospital de Paysandú.

Hace pocos días acordamos con el Decano, con el Subsecretario y con los integrantes del equipo de gestión del Programa UDAS la necesidad imperiosa de fortalecer el hospital escuela del litoral en algunas disciplinas que no están en el justo lugar que el Hospital, la Facultad de Medicina, ASSE ni el Ministerio de Salud Pública pretendían. Además, el Decano nos contó que estaría asistiendo en esos días a la entrega de los títulos de treinta médicos que recibieron toda su formación y realizaron el internado y la residencia y se recibieron en la Regional Norte. En su gran mayoría son personas de extracción bastante humilde que no podían venir a estudiar a Montevideo. Por lo tanto, también era un orgullo para la Facultad entregar los títulos a treinta médicos jóvenes que se habían formado allí.

Por eso, en este tema cuyo punto más crítico era la atención materna, perinatal y pediátrica, mejoramos mucho no solo desde nuestra parte sino en el marco del convenio con la Facultad y en acuerdo con Comepa. Ya lo firmamos y estamos próximos a ejecutar los distintos puntos del acuerdo que permitieron la autorización por parte del Ministerio de Salud Pública para instalar en la Cooperativa Médica de Paysandú un resonador que todavía no se ha instalado. Eso se aprobó y se firmó hace tiempo. El convenio sobre las otras eventualidades está por empezar a funcionar

Hubo muchos comentarios públicos sobre salarios diferentes, malentendidos y preocupaciones que determinaron que la Gerenta General y la Encargada de la Unidad de Negociación tuvieran reuniones aquí con los representantes del área gremial de la Federación Médica del Interior. En esta semana que pasó, el Director Regional de la Región del Norte concurrió con un integrante del equipo de la Unidad de Negociación para reunirse en Paysandú y aclarar los valores definidos para los distintos cargos del acuerdo médico, las dificultades que habían surgido y las soluciones que teníamos con respecto a ese tema que, reitero, es conocido por todos y es de trabajo permanente en las reuniones con el sindicato que representa a los médicos del interior y con el Sindicato Médico del Uruguay.

Con respecto al helipuerto, todavía no tenemos helicóptero. Capaz que en algún momento podremos tenerlo. No obstante, hemos tratado de mantener ese helipuerto funcionando. En algunas ocasiones debemos acordar el uso, pero la realidad es que hoy ASSE no lo puede utilizar.

El Hospital de Paysandú tiene asignada una ambulancia nueva que está pronta para ser entregada.

El Diputado dijo que en la mayoría de los pueblos las ambulancias estaban rotas o no funcionaban. Sin embargo, en la mayoría de los pueblos, la única ambulancia que hay es la de ASSE. Estamos trabajando en esa línea con todos los prestadores sociales. Se llegó a un acuerdo en Paysandú, y haremos lo mismo en Salto pasado mañana. Estos son nuestros hijos, esta es nuestra responsabilidad: busquemos la forma compartida de asignar las responsabilidades conjuntas. Algunas tienen más fortalezas en algunas áreas, otras tienen más fortalezas en otras. Sin duda, la gran mayoría de los lugares tienen ambulancias nuestras.

Después que el Diputado Verri me llamó para preguntarme por los casos de los tres pacientes, me comuniqué inmediatamente con el Director del Hospital. Tenía sus nombres y los datos clínicos, porque estaba preocupado por obtener la cama rápidamente. Nosotros teníamos un convenio con la mutualista de Young por un número de camas de utilización fija.

SEÑOR VERRI.- ¿Está previsto poner más camas en el CTI de Paysandú?

SEÑORA SILVA.- No está previsto para este año, pero hay una aspiración del Hospital de ampliar el CTI. Hoy tenemos ocho camas en el CTI. El CTI de esa ciudad siempre tiene un médico intensivista de guardia permanentemente allí. Teníamos cinco camas y ahora por el plan de invierno pusimos tres camas más, o sea ocho camas de cuidados intensivos e intermedios en ese Hospital.

Pediría al doctor Soto que hiciera un informe respecto al caso de la paciente de Guichón que falleció.

SEÑOR SOTO.- Simplemente decir que esta paciente muere por un problema coronario, una cardiopatía isquémica, que es la causa de morbi mortalidad del más del 30% de los uruguayos, y la primer causa de morbi mortalidad en el mundo. Muchas veces, tener un diagnóstico de la cardiopatía isquémica no es tan fácil. En muchas circunstancias, en situaciones agudas se hace el diagnóstico y se resuelve rápidamente, pero otras veces, comienzan a aparecer señales de que la paciente está transitando una cardiopatía isquémica con el correr de las horas. Con esta paciente pasó algo parecido. Ella ingresa alrededor de las 11 de la mañana, y recién a las 17 o 18 horas comienzan a moverse las enzimas, a haber alteraciones enzimáticas y cambios en el electro. Quiere decir que hay todo un tiempo en el cual el infarto fue evolucionando lentamente y recién se pudo tener algún dato varias horas después. Eso suele pasar.

Las causas más frecuentes de dolor con las cuales se puede confundir esta situación en una emergencia son: la disección de aorta, que es muy poco frecuente pero de alta mortalidad, el tromboembolismo pulmonar y la cardiopatía isquémica. De esas tres, la más frecuente es la cardiopatía isquémica. Es importante tener la seguridad diagnóstica antes de actuar, porque si actuamos como si fuera un tromboembolismo pulmonar o una disección de aorta y es un infarto, le podemos hacer más daño a la paciente. Creemos que esto forma parte del conjunto de situaciones críticas que se dan en medicina. En muchas situaciones el diagnóstico es claro y en otras no lo es tanto, como en este caso, que hay que esperar la evolución del paciente.

Seguramente, a través de programas a nivel de todo el país se pueda disminuir el número de este tipo de pacientes. Estamos empeñados en trabajar en un programa a nivel nacional que seguramente incluya a los departamentos de Tacuarembó y de Salto. No debemos enfocar esta problemática por departamento, sino a nivel nacional, para ver cómo podemos coordinar los distintos efectores en red para solucionar este problema. No hace falta que al paciente lo vea un cardiólogo; lo puede atender un médico de medicina general debidamente entrenado. Tampoco hace falta que tenga un servicio de hemodinamia cerca. Esto se pudo haber resuelto con la utilización, por ejemplo, de fibrinolíticos, si hubiera existido un correcto diagnóstico. Es decir que no se trata solo de tecnología, o de especialistas; hay un conjunto de elementos que pueden colaborar para que estas situaciones vayan disminuyendo en el futuro.

SEÑOR GARCÍA (don Javier).- Quiero hacer una consulta con respecto a la combinación o a la existencia simultánea de un Centro Cardiológico de Tacuarembó con el de Salto. Me parece que es interesante decir que no es Tacuarembó o Salto sino que es Tacuarembó y Salto. No sé si comprendí bien, pero creo que es lo que se había sostenido públicamente. ¿Podemos pensar que la aprobación de la que la Ministra habló es de un plan de trabajo cardiológico en Tacuarembó y en Salto?

SEÑOR SOTO.- Sí, estamos trabajando a nivel del Ministerio de Salud Pública con el Fondo Nacional de Recursos y con otros efectores de la red pública para instrumentar un programa a nivel nacional a fin de incorporar a Tacuarembó y Salto, entre otros.

SEÑOR VERRI.- Quiero hacer una consulta para profundizar la respuesta que nos está dando el doctor Soto, con el conocimiento científico que yo no tengo.

El doctor dijo que con un diagnóstico correcto se puede detectar este tipo de problemas, que no se necesitaba ser cardiólogo y que sólo basta con tener médicos bien entrenados. En este caso no estaba el médico bien entrenado y el cardiólogo la vio recién entrada la tarde. ¿Cuál es la conclusión de todo esto? ¿Fue una muerte evitable o no? ¿Falleció a causa de que no tuvo la atención o el diagnóstico debido? Creo que esa es la respuesta que debemos darnos, para tratar de que esto no vuelva a ocurrir, porque si esta es la causa más

frecuente de muerte y no se logra hacer los diagnósticos correctos, va a volver a ocurrir este tipo de cosas, y eso es lo que debemos evitar. Eso es lo que a mí me mueve, sin ser médico.

SEÑOR SOTO.- Hay que tener en cuenta que muchas veces las señales de que la paciente está introduciéndose en una etapa crítica comienzan a aparecer en forma paulatina; no aparecen de un momento a otro, y hay que esperar. De hecho, para hacer un diagnóstico de infarto, muchas veces se espera el resultado de dos enzimogramas, y entre uno y otro pasan seis horas. Eso pasa en todas las puertas de emergencia, hasta en las de Montevideo. Cuando un paciente concurre a una puerta de emergencia y se quiere descartar que tiene un infarto, se le hace un electrocardiograma y un enzimograma. Si da normal se le vuelve a hacer a las seis horas lo mismo, porque muchas veces en el transcurso de las horas comienzan a darse señales. Incluso, si sigue saliendo el resultado normal se le vuelve a hacer otro a las seis horas. Esto tenemos que verlo en esa perspectiva. El diagnóstico va apareciendo con el transcurso de las horas y no tiene mucho que ver que el médico esté o no entrenado.

En el caso de los enzimogramas, lo que se obtiene es un valor; si ese valor supera determinados números, se puede concluir que el paciente sufre un infarto. En esta situación puntual, los números recién empezaron a moverse un poquito después de las seis o siete horas.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- Como advierto que quedan todavía tres temas, intentaré resumir un poco nuestra visión.

SEÑOR VERRI.- Antes de pasar a otra cuestión quisiera saber si la investigación sobre lo que ocurrió todavía está en curso.

SEÑOR SOTO.- Sí, señor Diputado.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- Voy a referirme al caso del niño Justino Hernández, que fue diagnosticado con la enfermedad de Niemann-Pick, tipo C; es el único caso en Uruguay. Seré bastante breve.

¿Por qué no se le dio la medicación? Como ustedes saben, hubo dos intervenciones de la Justicia. La primera condenaba —por así decirlo- al Ministerio de Salud Pública a suministrar una medicación cuyo ingreso al Uruguay no está autorizado ni fue solicitado en ningún momento. Cuando recibimos el fallo nos dispusimos a realizar la compra de ese medicamento. La situación era muy difícil porque —como les dije- su ingreso al país no estaba autorizado; no podíamos traerla por valija diplomática.

Hasta el segundo fallo estuvimos trabajando activamente para comprar esa medicación, más allá de que compartiéramos o no el fallo; eso no estaba en discusión.

El Tribunal de Apelaciones falló en contra de que el Ministerio de Salud Pública suministrara esa medicación, por razones que están muy bien fundamentadas en el expediente y en el fallo de la Justicia. Por eso no llegamos a brindar esta medicación al paciente. Si ustedes lo desean, podemos ampliar la información a este respecto; hay muy poquitos casos en el mundo.

Los estudios no avalan francamente el uso de esta medicación. Además, los estudios se hicieron con un niño muy chiquitito; la Directora General de la Salud puede extenderse en este sentido.

Desde la óptica del Ministerio de Salud Pública entendemos la situación que está atravesando la mamá.

(Se suspende la toma de la versión taquigráfica)

—— Por otro lado, la situación del Centro Demequi y del Sanatorio Canzani fue explicada por el Directorio del BPS, que concurrió a esta Comisión el pasado 21 de agosto. Lo dicho en esa oportunidad por los miembros del Directorio del BPS es totalmente compartido por el Ministerio de Salud Pública.

Quiero informarles que el Ministerio está elaborando un Plan Nacional de Enfermedades Congénitas. El día viernes, a la hora 10, realizaremos el lanzamiento oficial, y queremos invitarlos a todos; sería muy importante

para nosotros que participaran.

Las enfermedades congénitas constituyen una preocupación para todos nosotros; son la segunda causa de muerte infantil. Nuestra preocupación nos llevó a desarrollar un registro. El BPS se inserta en el marco del Plan Nacional, dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Quiero aclarar que de ninguna manera está planteada la disminución de las prestaciones ni el despido de funcionarios; al contrario. Lo que está previsto es el fortalecimiento de algunas áreas, como la que atiende los defectos congénitos, en la que el BPS ha desarrollado una experticia que implica un fortalecimiento del sistema en su conjunto.

Estas enfermedades, por su baja prevalencia, requieren alta especialización y concentración en la atención a los eventos de salud. Si ustedes lo desean, podemos desarrollar estas cuestiones, pero reitero que lo que mencionó aquí el Directorio del BPS es compartido por todos nosotros. Además, hubo un comunicado al respecto, que suscribieron todos los miembros del Directorio del BPS. Insisto: si lo desean, pueden remitirse a lo que figura en la versión taquigráfica.

Con referencia al proyecto sobre obesidad puedo decir que lo recibimos y que ya estábamos trabajando en una iniciativa global sobre la alimentación, que incluye todas las patologías; se trata de un plan de nutrición global. Todavía no tenemos un proyecto elaborado, pero la Directora General de la Salud seguramente podrá informarles al respecto. Insisto en que tratamos de abarcar mucho más que el tratamiento de la obesidad.

SEÑOR GARCÍA (don Javier).- Segundos antes de que entraran a Sala, esta Comisión aprobó el proyecto de alimentación saludable, con la aceptación de las modificaciones que le introdujo el Senado.

Estamos finalizando un nuevo año lectivo; tenemos tiempo suficiente como para programar el comienzo del siguiente. El pedido personal que quiero plantear —que estimo que puede ser compartido por la Comisión- es que a la brevedad se reglamente esta norma, que sería bueno que rigiera para el inicio del próximo año lectivo.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA.- Estoy totalmente de acuerdo.

SEÑORA SICA.- Trataré de hacer una síntesis y de detenerme en los asuntos que planteó la señora Ministra, además de responder las preguntas del señor Diputado Javier García. Pero adelanto que quedo a las órdenes para discutir algunos de estos temas en otra instancia, con más tranquilidad; incluso, podría acercarles algunos documentos que podrían ser de interés para la Comisión.

Comenzaré por el final, haciendo referencia al proyecto de ley de obesidad. En la Dirección General de la Salud estuvimos trabajando sobre esta iniciativa, con las diferentes Divisiones y Departamentos involucrados. Celebramos que una Comisión parlamentaria que atiende los temas relacionados con la salud discuta este tema, pero ya veníamos trabajando en un proyecto que, si se quiere, es más ambicioso —quiero ser muy delicada en los términos que empleo-, porque está enmarcado en el anteproyecto de ley de seguridad alimentaria y nutrición, que pretendíamos presentar a las Comisiones parlamentarias que se encargan de estas cuestiones. Aclaro que uno de los capítulos de este anteproyecto refiere a las alteraciones vinculadas con la malnutrición, ya sea por déficit o por exceso. A ese respecto resultan muy pertinentes los artículos que se incluyen en el proyecto sobre obesidad. Si quieren, después podemos discutir esto con más detenimiento, porque es un tema muy interesante y creo que a partir de la discusión podemos nutrirnos y corregirnos.

En general, el proyecto pretende consagrar una ley que nos enmarque en el momento actual de la nutrición, no solo en el Uruguay, sino en la región y en el mundo, fundamentalmente, en base al concepto de seguridad alimentaria y nutrición, con todos los aspectos que ello involucra. Para decirlo en términos generales, se trata de todo lo que refiere a la seguridad alimentaria y, para responderle al señor Diputado, le aclaro que estábamos tan seguros de que esa ley sería aprobada y promulgada, que ya estamos trabajando en su reglamentación, así que creo que vamos a llegar en los tiempos previstos. Eso es lo que le puedo responder concretamente.

SEÑOR GARCÍA (don Javier).- Gracias.

En los aspectos de nutrición y en lo que respecta a seguridad alimentaria, el Parlamento tiene muchísimo que aportar, porque el aspecto normativo es fundamental y es necesario trabajar en conjunto con delineamientos técnicos y el apoyo político para esa respuesta.

Sin entrar en detalles, quiero decir que estamos trabajando, no solo en la promoción de alimentación saludable, a través de las guías alimentarias basadas en alimentos -GABA-, sino en la propuesta de inclusión de Consejería Nutricional Oportuna, en momentos claves en el ciclo de vida, desde lo preconcepcional hasta la adultez, pasando por todo el ciclo vital. Y lo más importante y más actual es que se están elaborando -prácticamente ya lo estamos finalizando- las guías de la atención de la malnutrición en el déficit y en el exceso, pero haciendo especial hincapié en la población infantil y concretamente en los menores de cinco años. Al respecto, estamos haciendo un trabajo de carácter interinstitucional, con el Instituto Nacional de Alimentación —el INDA- con "Uruguay Crece Contigo" y con el Ministerio de Desarrollo Social. Es decir, un trabajo conjunto que también nos permita la capacitación posterior y, en otra línea, en cuanto a la composición de alimentos, en la alimentación escolar, en lo que respecta a la normativa.

Un último punto —estoy haciendo lineamientos generales que después podremos trabajar mucho más- es el tema de la publicidad y el hecho de que este proyecto de ley prevé actuaciones en el ámbito de la publicidad, con ciertas prohibiciones y resguardos al manejo en la población infantil, porque es claramente vulnerable, y con la utilización de personajes determinados. En ese marco estamos trabajando, así como también en que se prohíba la discriminación o, por lo menos se realice el planteo, de evitarla, tanto sea en lo que respecta a la obesidad o a la desnutrición.

Simplemente, establecí el marco de lo que nosotros enviaremos a esta Comisión como respuesta al proyecto de ley que ustedes plantearon que, si quieren, después discutiremos en más profundidad.

Quiero mencionar un tema más sensible, que es el tratamiento específico de un fármaco que presenta escasas evidencias científicas. Estoy hablando del Miglustat; tratamiento vinculado con esta enfermedad extremadamente rara, dentro de las enfermedades raras. Si bien la incidencia no puede catalogarse específicamente, tiene una prevalencia muy escasa: de menos de seiscientos pacientes en el mundo. Por este motivo, hay muy pocos estudios clínicos. Se imaginarán que no hay estudios randomizados, ni controlados, ni doble ciego, que permitan establecer cuál es la correcta evidencia científica. Estamos hablando de un pequeño número de pacientes sometidos a estos estudios; solo doce pacientes fueron sometidos a la mayor cantidad de los cinco estudios disponibles actualmente. La decisión de estos colegas que plantean la prescripción de este medicamento —con las consideraciones que fuera de la versión taquigráfica planteó la Ministra— está basada en un estudio de dos personas que son hermanas, en los cuales está muy discutible la evolución de la propia enfermedad. Simplemente estoy enmarcando, sin entrar al tema en particular, que es extremadamente sensible y muy dificultoso de abordar. Por supuesto que comparto y entiendo como mamá —no voy a hacer un juicio de valor, ni me correspondería hacerlo; de hecho ni siquiera la conozco personalmente—, pero en esta instancia mi obligación es trasmitir que las evidencias científicas por las cuales se prescribió este medicamento son extremadamente escasas y discutibles desde el punto de vista de su validez.

SEÑORA SANSEVERINO.- Quiero agradecer las intervenciones serias y con mucho fundamento y, además, las noticias buenas como la del Imae de Tacuarembó, y la de Colonia, lugar en el que ya había estado la Comisión, porque su Presidente pertenece a ese departamento. La verdad es que, realmente, se trata de un hospital que necesita transformarse.

Me voy a referir a dos cuestiones. Una es la alimentación, porque el 5 de agosto de este año se hizo una gran convocatoria en la Intendencia de Montevideo. Estuvimos con el Diputado García firmando el documento. Está el Frente Parlamentario contra el Hambre, integrado por una Comisión de Diputados, y la verdad es que el tema de la alimentación se está tomando como muy importante a nivel de la región, sobre todo, porque, además, hay un fuerte énfasis de FAO y de toda la región de bajar los índices. También nos preocupan los temas de obesidad y todos los generales. Me parece que estar trabajando mucho, porque el Frente Parlamentario tiene la ley marco, que es un proyecto más general, que habla más de la institucionalidad. En setiembre será convocado este mismo espacio, donde hay cinco Comisiones. También concurrirá el Ministerio y otros organismos. Habrá una campaña sobre la alimentación saludable, por eso era tan importante que este proyecto estuviera aprobado; saldrá esta semana o la próxima. De manera que ese trabajo lo seguiremos haciendo.

Quiero mencionar que recibimos en la Comisión a una delegación de padres de niños autistas. Todo es muy complicado. Hay una versión taquigráfica. Dejaron un muy buen documento y realizaron un detallado informe de lo que se vive teniendo niños autistas. Están los temas de educación, salud, protección social, o pensiones, y transporte. Son los grandes temas que se mencionaron. Ellos hicieron especial hincapié en el transporte. No sé quién está estudiando esto, pero sería bueno, prontamente, tener una reunión, para ir viendo qué cosas a corto plazo se podrían estar resolviendo. Me parece interesante después reunirnos con el Directorio del BPS, ya que mencionaron lo de las pensiones. Realmente, está el deseo de ayudar, porque son situaciones muy difíciles. Ahí también se mezcla el Sistema Nacional de Cuidados, obviamente. Por eso me parece fundamental dejar este tema abierto, a fin de realizar un trabajo en conjunto.

SEÑOR PRESIDENTE.- No habiendo más asuntos para considerar, agradecemos la presencia de las autoridades del Ministerio y de ASSE.

Se levanta la reunión.



